

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANO DE TROTTA

MODELO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SUICÍDIO
EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

CURITIBA

2021

JULIANO DE TROTTA

MODELO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SUICÍDIO
EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor em Medicina Interna, no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio C. Kowalski
Coorientadora: Prof^ª. Dra. Cláudia Lúcia Menegatti

CURITIBA

2021

T858 Trotta, Juliano de
Modelo estratégico para intervenções em suicídio em organizações de trabalho [recurso eletrônico] / Juliano de Trotta.
– Curitiba, 2021.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio C. Kowalski

Coorientadora: Profa. Dra. Cláudia Lúcia Menegatti

1. Suicídio. 2. Prevenção de suicídio no trabalho. 3. Promoção da saúde. I. Kowalski, Sérgio C. II. Menegatti, Cláudia Lúcia. III. Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: W 864

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA INTERNA E
CIÊNCIAS DA SAÚDE - 40001016012P1

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **JULIANO DE TROTTA** intitulada: "**MODELO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO.**", sob orientação do Prof. Dr. SERGIO CANDIDO KOWALSKI, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

08/07/2021 09:49:29.0

SERGIO CANDIDO KOWALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

02/07/2021 11:54:05.0

GUSTAVO LENCI MARQUES

Avaliador Externo (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFPR)

Assinatura Eletrônica

02/07/2021 12:16:51.0

MAÍRA DE MAYO OLIVEIRA NOGUEIRA LOESCH

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO
PARANÁ- PUCPR)

Assinatura Eletrônica

25/06/2021 10:36:40.0

JOÃO CARLOS DO AMARAL LOZOVEY

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA -
UFPR)

Assinatura Eletrônica

25/06/2021 19:24:21.0

RAFFAEL MASSUDA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua General Carneiro, 181 - Prédio Central - 11º Andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-1099 - E-mail: ppgmedicina@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 98193

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 98193

Dedico este “trabalho” a todas as pessoas da minha vida, pois são elas a fonte do meu crescimento!

“Não existe um caminho para a felicidade. A felicidade é o caminho”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a força suprema, criador universal, Deus nosso pai celestial, humildemente agradeço a possibilidade de me permitir chegar até aqui. Agradeço a Jesus, nosso mestre e guia, exemplo de perfeição, amor e caridade. A espiritualidade superior pelas boas intuições que me regem a vida e me lembram as prioridades da existência humana.

Infinitamente na minha memória, meu “paizão” querido, Sr. Pedro Trotta Júnior, hoje liberto do corpo carnal, abraçado pelo pai celestial, é o maior voo das minhas recordações!

Minha mãe! Mariluce Mari Ercole Trotta, mãe dedicada, “touro” valente, soube trilhar seus filhos na vida, desde as minhas peripécias da infância às rabugices de hoje, seu coração resistiu com amor e dedicação! Sempre procurou agregar, unir e apoiar, âncora forte que nos une! Obrigado “Mamita”!

“Titá”! Minhas memórias de vida se misturam com você, minha irmã abençoada Tatiana de Trotta, ensina-me muito mais do que pensa, apoia-me muito mais do que imagina; talentosa, generosa, dedicada, mostra seu valor não só pelas habilidades adquiridas, mas principalmente pelo pronto apoio à família.

Meu irmão Fabiano de Trotta, o nosso caçula que chegou 14 anos depois, revigorando a família, trazendo sua energia e animação, movimentando e estimulando sempre todos.

Minhas filhas, Luiza C. de Trotta e Giovanna C. de Trotta, a maior expressão de amor que um pai pode experimentar, vocês iluminam minha vida e reforçam minha espiritualidade, incendeiam meu coração, amo-as muito!

Cláudia Luciana Ceccato de Trotta, a vida nos uniu, transformou, criou e depois colocou tudo no lugar. Obrigado pelo companheirismo na estrada da vida.

Professor Sérgio C. Kowalski, grande mestre, sua tranquilidade é contagiante, a benevolência das palavras é inspiradora, obrigado pelo apoio que motivaram a realização deste estudo!

Professora Cláudia L. Meneguatti, um especial agradecimento pela imensa ajuda fornecida no desenvolvimento deste estudo, é realmente gratificante ter podido contar com seu conhecimento e suporte!

Acredito que alguns relacionamentos não são por acaso, principalmente os que resistem a barreira do tempo, deixo aqui meus sinceros votos de amizade aos nobres confrades: André Bonat Cordeiro, Pedro Henrique Reis e Valdinei Lucas Barreto, pessoas excepcionais, amigos de toda hora e confrades do vinho!

Agradeço a Universidade Federal do Paraná, minha segunda casa, um relacionamento que se iniciou há mais de 35 anos que se mantem até hoje. Obrigado ao Professor Emliton L. Júnior, Iara J. M. Reason e os demais do departamento de Medicina interna que fazem a diferença na evolução científica dos profissionais da saúde.

Agradeço à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, por me receber calorosamente e estimular neste nobre caminho da docência. Estendo este agradecimento a todos os alunos e professores que fazem parte do meu relacionamento diário e me dão a oportunidade de conviver com estas “mentes” brilhantes e dedicadas. Um forte abraços a todos!

RESUMO

Cerca de 703 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, o que tornou o suicídio caso de saúde pública. A literatura mundial mostra que a grande maioria dos casos de suicídio ocorrem na população que possui idade para o trabalho e muitos destes que se suicidam estão empregados no momento da morte, tornando o local de trabalho um lugar ideal, de abrangência coletiva para intervenções no combate ao suicídio. O objetivo é criar um modelo de prevenção de suicídio para as organizações de trabalho. Este estudo é descritivo, exploratório, narrativo. Tem como fundamentação metodológica três pilares principais, a revisão da literatura, a aplicação prática de um modelo preliminar em uma empresa de grande porte e uma pesquisa com médicos especialistas em medicina do trabalho, para a formatação do modelo de intervenção em suicídio no ambiente laboral. O resultado foi a formação de um caminho de conhecimento teórico-prático sobre suicídio, com amplos cenários de percepções e ações introduzidos nas quatro dimensões de atuações criando um modelo de prevenção de suicídio direcionado para as organizações de trabalho.

Palavras-chave: Suicídio. Suicídio no trabalho. Prevenção de suicídio no trabalho. Promoção de saúde.

ABSTRACT

About 703,000 people die from suicide every year worldwide, making suicide a public health concern. The world literature shows that the vast majority of suicide cases occur in the population that is old for work and many of those who commit suicide are employed at the time of death, making the workplace an ideal place, of collective scope for interventions in combat to suicide. The goal is to create a suicide prevention model for work organizations. This study is descriptive, exploratory, narrative. It has as methodological basis three main pillars, the literature review, the practical application of a preliminary model in a large company and a survey with medical specialists in occupational medicine, to format the suicide intervention model in the workplace. The result was the formation of a path of theoretical and practical knowledge about suicide, with broad scenarios of perceptions and actions introduced in the four dimensions of actions creating a suicide prevention model directed at work organizations.

Keywords: Suicide. Suicide at work. Suicide prevention at work. Health promotion.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	DESENHO DA ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO	21
FIGURA 2 –	MAPA DAS TAXAS GERAIS DE SUICÍDIO NO MUNDO (POR 100 000 HABITANTES)	35
FIGURA 3 –	TIPOS DE PREVENÇÃO DE GORDON E SUAS RESPECTIVAS ABRANGÊNCIAS POPULACIONAIS	51
FIGURA 4 –	DESENHO DA METODOLOGIA DA TESE	55
FIGURA 5 –	GRUPOS DE TRABALHO PARA GESTÃO DAS AÇÕES DE CADA DIMENSÃO DO PROGRAMA QUE CONTÉM O MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO	86
FIGURA 6 –	EXEMPLOS DE COMUNICADOS DE INÍCIO DE TURNO DE TRABALHO SOBRE TEMAS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA EMPRESA, CHAMADO DESPERTADOR – SAÚDE EMOCIONAL	87
FIGURA 7 –	EXEMPLOS DE COMUNICADOS DE INÍCIO DE TURNO DE TRABALHO SOBRE TEMAS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA EMPRESA, CHAMADO DESPERTADOR - DANDO A VOLTA POR CIMA DA DEPRESSÃO	88
FIGURA 8 –	COMUNICADO DE DIVULGAÇÃO DE OFICINA DE YOGA, OCORREU NO HORÁRIO DE TRABALHO E CONTEMPLANDO OS TRÊS TURNOS DE TRABALHO	89
FIGURA 9 –	VÍDEOS TEMÁTICOS DO PROGRAMA	89
FIGURA 10 –	TREINAMENTO SOBRE EMOÇÕES E OS REFLEXOS NO COMPORTAMENTO HUMANO	90
FIGURA 11 –	TREINAMENTO SOBRE AS PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS.....	90
FIGURA 12 –	AÇÃO COM A LIDERANÇA, ENCONTRO COM FOCO NO CONHECIMENTO DO PROGRAMA E DA INTEGRAÇÃO COM FOCO NA DIMENSÃO SOCIAL DA SAÚDE	91
FIGURA 13 –	OFICINA DE MEDITAÇÃO	91

FIGURA 14 – TREINAMENTO DA LIDERANÇA SOBRE ASSÉDIO MORAL E SEXUAL	92
FIGURA 15 – INTEGRAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO LOCAL DE TRABALHO	93
FIGURA 16 – CARTÕES DE RECONHECIMENTO, DE TRABALHADOR PARA TRABALHADOR	93
FIGURA 17 – ARTIGO CIENTÍFICO QUE COMPÕE UM DOS RESULTADOS DESTE ESTUDO. FOI SUBMETIDO PARA ANÁLISE DOS REVISORES DE UMA REVISTA ESPECIALIZADA DE MEDICINA COLETIVA, INTITULADO; <i>ACTIONS ON MENTAL HEALTH AND SUICIDE PREVENTION IN WORK ORGANIZATION: AN APPLIED RESEARCH</i>	95
FIGURA 18 – ARTIGO CIENTÍFICO QUE COMPÕE UM DOS RESULTADOS DESTE ESTUDO, SUBMETIDO NA REVISTA <i>GLOBAL JOURNAL OF HEALTH SCIENCE</i> ., INTITULADO: <i>PERCEPTIONS OF OCCUPATIONAL MEDICINE SPECIALISTS ON SUICIDE PREVENTION IN THE WORKPLACE</i> ”	101
FIGURA 19 – NÍVEIS DE PREVENÇÃO DE LEAVELL E CLARK	108
FIGURA 20 – MODELO TEÓRICO PRELIMINAR DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO QUE SERVIU DE BASE PARA AS ESCOLHAS DAS AÇÕES NA EMPRESA	115
FIGURA 21 – INFLUÊNCIA DOS PILARES NA FORMAÇÃO DO MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO	116
FIGURA 22 – ACORDOS ORGANIZACIONAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE SAÚDE ORGANOGAMA DE ESTRUTURAÇÃO	117
FIGURA 23 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO – RESULTADO DA TESE	119

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS POR SUICÍDIO NO PERÍODO DE 2010 A 2019, PORCENTAGEM DE AUMENTO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO E A DIFERENÇA DAS TAXAS DE SUICÍDIO DO ANO DE 2010 EM COMPARAÇÃO COM O ANO DE 2019	41
GRÁFICO 2 –	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO POR REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2019	42
GRÁFICO 3 –	MÉTODO USADO PARA A CONSUMAÇÃO DO ATO SUICIDA, NO PERÍODO DE 2010 A 2019	43
GRÁFICO 4 –	LOCAL DE OCORRÊNCIA DO SUICÍDIO	44
GRÁFICO 5 –	NÍVEIS DE PREVENÇÃO, PERÍODOS DA PATOGENIA E AÇÕES EM SAÚDE	49
GRÁFICO 6 –	PORCENTAGEM DO ABSENTEÍSMO POR TRANSTORNO MENTAL	84

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS PELAS CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO-ALVO	56
QUADRO 2 –	SUBSTÂNCIAS ENCONTRADAS NOS PROCESSOS PRODUTIVOS QUE CAUSAM TRANSTORNOS MENTAIS	70
QUADRO 3 –	RELAÇÃO DE AÇÕES REALIZADAS NA EMPRESA, POR: TIPO DA PROPOSTA DA ATIVIDADE, O NOME DE DIVULGAÇÃO INTERNA, O NÍVEL DE PREVENÇÃO CORRESPONDENTE DA ATIVIDADE PROPOSTA SEGUNDO LEAVELL E CLARK, ASSUNTO TRATADO NA AÇÃO E A QUANTIDADE DE CADA AÇÃO	82
QUADRO 4 –	DESCRIÇÃO DAS OPINIÕES DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS, CLASSIFICANDO-AS EM DIMENSÕES	99
QUADRO 5 –	TIPO DE INTERVENÇÃO, NÍVEIS DE PREVENÇÃO, POPULAÇÃO ALVO SEGUNDO LEAVELL E CLARK	113

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	TAXA DE SUICÍDIO GLOBAL, POR CONTINENTE E DISTRIBUÍDOS POR SEXO	33
TABELA 2 –	DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES)	35
TABELA 3 –	NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DE MENSURAÇÃO DO DATASUS. PORCENTAGEM DE MORTES POR SUICÍDIO POR ANO DE ACORDO COM A POPULAÇÃO ESTIMADA PELO IBGE. TAXA DE SUICÍDIO POR ANO (ÓBITOS POR SUICÍDIO POR 100 MIL HABITANTES - PERÍODO DE 2010 A 2019)	40
TABELA 4 –	CASOS DE SUICÍDIO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO	42
TABELA 5 –	CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES DA PESQUISA COM ESPECIALISTAS	96
TABELA 6 –	RESPOSTAS QUE MAIS APARECERAM NA PESQUISA COM ESPECIALISTAS SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE QUE POSSAM AJUDAR, QUANDO CONTROLADOS, NA PREVENÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO	97
TABELA 7 –	RELATOS DE CONHECIMENTO DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS SOBRE CASOS DE TAE (TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO) OU DE SUICÍDIO	98
TABELA 8 –	AÇÕES PROTETIVAS DAS EMPRESAS RESTRINGINDO ACESSO AOS MEIOS DE SUICÍDIO OU AUTOAGRESSÃO NA EMPRESA	99

LISTA DE SIGLAS

OMS	–	Organização Mundial de Saúde
TAE	–	Tentativa de Autoextermínio
CID	–	Código Internacional de Doença
DATASUS	–	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
SHM	–	<i>Safe Haven Model</i>
SIDA	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
RH	–	Recursos humanos
GT	–	Grupo de trabalho

SUMÁRIO

1	ASPECTOS DO ESTUDO	18
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	18
1.2	PROBLEMA	19
1.3	HIPÓTESE	20
1.4	OBJETIVOS	20
1.4.1	Objetivo geral	20
1.4.2	Objetivos específicos	20
1.5	ESTADO DA ARTE	20
1.6	RELEVÂNCIA	21
1.7	VISÃO GERAL DO MÉTODO	21
1.8	ESTRUTURA DA TESE	22
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	HISTÓRIA DO SUICÍDIO	23
2.2	SUICÍDIO - CONCEITOS, TEORIAS, CLASSIFICAÇÕES	25
2.3	SUICÍDIO - MOTIVAÇÕES E VARIÁVEIS DE INFLUÊNCIA	28
2.4	SUICÍDIO - EPIDEMIOLOGIA.....	33
2.4.1	Epidemiologia do suicídio no mundo	34
2.4.2	Suicídio no Brasil	40
2.4.3	Epidemiologia do suicídio no trabalho	43
2.5	SUICÍDIO - RELAÇÃO COM O TRABALHO.....	44
2.6	BASES LITERÁRIAS DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO	48
3	MATERIAIS E MÉTODOS	54
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	54
3.2	COMITÊ DE ÉTICA	54
3.3	APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DO ESTUDO	54
3.3.1	Etapa 1 – Metodologia da revisão da literatura	55
3.3.2	Etapa 2 – Metodologia da aplicação do modelo preliminar	60
3.3.3	Etapa 3 – Metodologia da pesquisa com especialistas	60
4	PILARES DO MODELO	63
	RESULTADO DA REVISÃO DA LITERATURA	63
4.1.1	Apoio e controle das doenças mentais	63
4.1.2	Combate à dependência química	66

4.1.3	Promoção da melhoria da qualidade vida e estimulação dos mecanismos de resistência e enfrentamentos	67
4.1.4	Eliminação, substituição ou redução dos fatores de risco ambientais de exposição ocupacionais – controle da higiene ocupacional e ergonomia	69
4.1.5	Medidas de combate à violência no trabalho	72
4.1.6	Capacitação e treinamento de pessoas, criação de fluxos de acolhimento e tratamento da “crise” suicida precocemente	74
4.1.7	Eliminar ou dificultar o acesso aos meios de extermínio	77
4.1.8	Suporte e acompanhamento dos funcionários com risco suicidogênico iminentes	78
4.1.9	Instrução continuada e comunicação	80
4.2	RESULTADO DA APLICAÇÃO DO MODELO PRELIMINAR	82
4.3	RESULTADO DA PESQUISA COM ESPECIALISTAS	96
5	MODELO DE INTERVENÇÃO	102
5.1	MODELO PRELIMINAR - FORMATAÇÃO DO MODELO DE INTERVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO...	102
5.1.1	Contexto da formação do modelo preliminar	102
5.1.2	Tipos de intervenções do modelo preliminar	104
5.1.3	Classificação das ações nos níveis de Leavell e Clark	107
5.2	MODELO FINAL - MODELO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO	115
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
6.1	OBJETIVOS ALCANÇADOS	123
6.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	123
6.2.1	Quanto à complexidade do tema suicídio no trabalho	124
6.2.2	Quanto à aplicabilidade do modelo preliminar em organização de trabalho	124
6.2.3	Quanto à pesquisa com os médicos especialistas em medicina ocupacional	124
6.3	PESQUISAS FUTURAS	125
6.4	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	125
	REFERÊNCIAS	127

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE PESQUISA DO ESTUDO SOBRE AS PERCEPÇÕES DOS ESPECIALISTAS EM PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NAS ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO	141
APÊNDICE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO 2 – <i>PERCEPTIONS OF OCCUPATIONAL MEDICINE SPECIALISTS ON SUICIDE PREVENTION IN THE WORKPLACE.....</i>	148

1 ASPECTOS DO ESTUDO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 2019, o suicídio foi a quarta principal causa de morte mundial entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2021). No mundo ocorre um suicídio a cada 40 segundos, para cada morte autogerada existem cerca de 20 tentativas de autoextermínio (TAE), isso leva a um número mais calamitoso ainda, apontando a ocorrência de uma tentativa de suicídio a cada dois segundos no planeta (BRASIL, 2017).

Sabe-se, que por ser o suicídio um fim trágico, para cada caso de suicídio existem, em média, seis pessoas próximas que sofrem as consequências emocionais, sociais e econômicas pelo fato ocorrido, o que amplifica ainda mais a rede de sofrimento (FUKUMITSU, 2015).

A literatura mundial mostra que a grande maioria dos casos de suicídio ocorre na população que possui idade para o trabalho (WHO, 1999, 2005; MILNER et al., 2014) e muitos destes que se suicidam estão empregados no momento do falecimento (YIP et al., 2010; MILNER et al., 2014).

Mesmo não gerando morte, a OMS alerta que os traumas e as lesões oriundas das tentativas de suicídios são tão graves que os problemas físicos remanescentes correspondem a sexta maior causa de incapacidade para o trabalho (WHO, 2002).

Em virtude deste cenário, catastrófico e fatal, o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública no planeta. Por ser previsível e prevenível o combate ao suicídio é meta da Organização Mundial de Saúde, mas sua abordagem não pode ser apenas individualizada no trabalhador. São também necessárias ações abrangentes, contínuas, impactantes, multidisciplinares envolvendo não somente os vulneráveis, mas também as situações satélites e a rede social do paciente em sofrimento. Neste panorama, propõem-se o objeto deste estudo, que tem o objetivo de organizar um modelo estratégico de intervenção em suicídio em organizações de trabalho.

1.2 PROBLEMA

O suicídio, ou mesmo a autoagressão que não evoluem para a morte, envolvem múltiplas etiologias, além das situações individuais tem influências sociais, culturais e econômicas. O que dificulta as organizações de trabalho no combate ao problema. Algumas delas, mesmo conhecidas, ficam escondidas na rotina do dia a dia, iniciando pelo preconceito da comunicação das doenças mentais nos ambulatorios ocupacionais, no crescente progresso da dependência química, na dificuldade de identificação dos casos de assédio, na subjetividade dos reflexos da sociedade atual no ser humano e na resistência das empresas em proporcionar melhoria cognitiva dos processos laborais.

Conforme publicado no Ministério da Saúde Brasil (BRASIL, 2001) estima que em uma empresa com 1000 funcionários, cerca de 300 trabalhadores terão algum tipo de transtorno mental menor e 50 a 100 trabalhadores terão uma doença mental grave gerando incapacidade, caso não haja intervenção precoce, pelo menos um destes trabalhadores, em qualquer momento, cometerá suicídio.

Faltam dados estatísticos oficiais exatos de suicídios ocorridos no local de trabalho, mesmo o DATASUS, não traz esta informação, mas os noticiários mostram a importância do assunto.

A empresa Foxconn na China, com uma força trabalhadora de cerca de 1,2 milhões de pessoas, em 2010 ocorreu três suicídios em 3 semanas. Na Peugeot houve entre 2006 e 2007, seis casos de suicídios. Na estatal francesa de energia conhecida como EDF, ocorreram quatro suicídios em 2 anos, na central nuclear de Chinon. O mais impressionante foi na empresa de telefonia francesa France Telecom, em uma reestruturação organizacional ocorrem 60 casos de suicídio entre 2006 a 2009.

Estas circunstâncias colocam o suicídio e tudo mais que provém epistemologicamente para este desfecho, como um importante problema de saúde pública mundial, que deve ser combatido não só nos consultórios médicos e de psicólogos, mas principalmente nos serviços que trabalham com coletividade social, por exemplo, nas organizações de trabalho.

1.3 HIPÓTESE

É possível formatar um plano estratégico preventivo de TAE e suicídio nas organizações de trabalho.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Organizar um modelo de intervenção em suicídio para as organizações de trabalho.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar os principais fatores de relação entre suicídio e trabalho, descritos na literatura.

Demonstrar a aplicabilidade do modelo de prevenção ao suicídio em uma organização de trabalho

Descrever as experiências dos especialistas sobre ações de prevenção de suicídio.

1.5 ESTADO DA ARTE

O estado da arte deste estudo vem a ser a união das percepções que se fundem para trazer amplo conhecimento sobre o tema, envolvendo a revisão da literatura nas principais bases de dados, junto com a experiência prática de aplicar as ações preventivas em uma indústria, associado a pesquisa com os especialistas que vivenciam a realidade da população trabalhadora.

Neste contexto, formatou-se um modelo amplo de intervenções para prevenção de suicídio para organizações de trabalho e por fim, coloca-se em prática o modelo, com a empregabilidade do método desenhado em uma empresa multinacional do Paraná.

1.6 RELEVÂNCIA

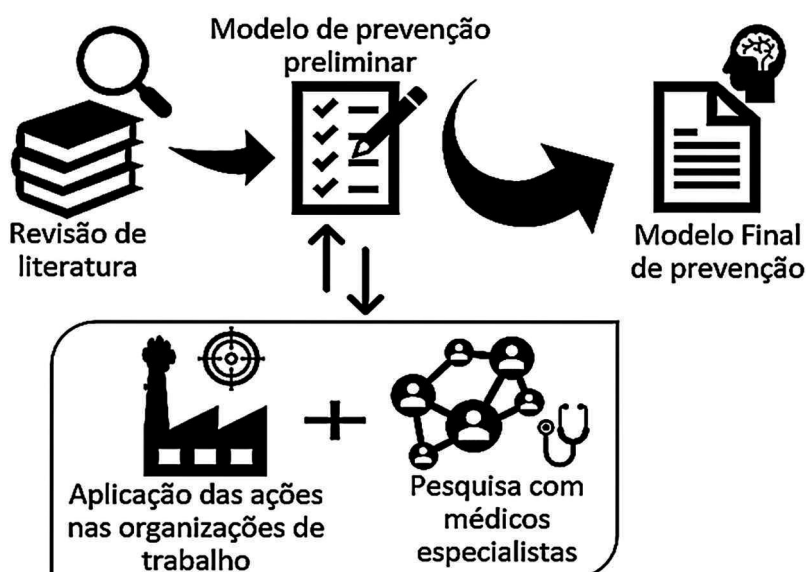
No que diz respeito aos programas prevenção ocupacionais as ações preventivas de suicídio, normalmente não são prioridades nas organizações de trabalho. Quando ocorrem, geralmente são inespecíficas, pontuais e desconectadas, sem uma continuidade estratégica delimitada. Além disso, muitos estudos não especificam detalhes das intervenções realizadas e por vezes, não trazem a prática da execução do que é proposto na literatura, o que dificulta a aplicabilidade ou a reprodução nas organizações de trabalho.

Neste estudo se avança no fundamento técnico-literário das ações e aplica-se de forma prática o modelo proposto, descrevendo e discutindo diferentes ações e seu grau de impacto preventivo.

1.7 VISÃO GERAL DO MÉTODO

Este estudo se inicia com revisão da literatura, posteriormente se forma um modelo preliminar de prevenção de suicídio que é aplicado na prática em uma indústria. Somado a uma pesquisa de percepção de médicos especialista, finaliza-se com a organização do modelo de prevenção de suicídio em organizações de trabalho, que é o objeto deste estudo. (FIGURA 1).

FIGURA 1 – DESENHO DA ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO



FONTE: O autor (2020).

1.8 ESTRUTURA DA TESE

Este estudo está organizado em seis capítulos.

O primeiro capítulo aborda os aspectos gerais do estudo, contendo: a contextualização do assunto, o problema, hipótese, objetivo, estado da arte, relevância, a visão geral do desenvolvimento do método proposto e a delimitação estrutural da tese. Com isso, apresentam-se as bases estruturais deste estudo e mostra-se ao leitor o desenvolvimento que se pretende dar a esta temática.

O capítulo dois traz a fundamentação teórica da literatura sobre o tema suicídio, mostrando o histórico, conceitos, teorias, fatos epidemiológicos, as variáveis que influenciam no ato do suicídio e seus impactos nos programas preventivos. A relação do trabalho com suicídio, mostrando as bases teóricas e enaltecendo a realidade atual do contexto de todo o estudo.

Já no terceiro capítulo, delimitam-se as metodologias para a revisão da literatura, para a aplicação do modelo preliminar e de pesquisa com especialistas, empregadas para chegar aos resultados explanados no capítulo seguinte.

O quarto capítulo apresenta os resultados alcançados como os pilares deste estudo, em três etapas. A primeira etapa mostra o resultado da revisão de literatura, a segunda etapa exhibe os resultados da contemplação da literatura pela aplicação de um modelo preliminar em uma empresa de grande porte. Estes resultados somados à terceira etapa, que traz a percepção de médicos da medicina ocupacional, produz a base estrutural para organizar um modelo de intervenção para organizações de trabalho.

O quinto capítulo apresenta a construção do modelo preliminar de prevenção ao suicídio e a sua evolução para o modelo final de intervenções em suicídio em organizações de trabalho.

No capítulo seis, último capítulo deste estudo, é o momento das conclusões e considerações finais de todo o caminho percorrido nesta pesquisa. Ele é formado pelos objetivos alcançados, limitações e sugestões de futuros estudos, terminado com as contribuições deste estudo para a sociedade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. HISTÓRIA DO SUICÍDIO E RELAÇÃO COM A SOCIEDADE

Por definição, o suicídio se refere à ação intencional de provocar a própria morte, que pode ser por ato ou omissão (BARROS-NETO, 2011). Kalinda e Kovaldloff "definem o suicídio como uma reação psicótica, resultante de uma indução, e não apenas o resultado de uma livre determinação individual..." (KALINDA E KOVALDLOFF apud BARROS-NETO, 2011).

A palavra suicídio foi usada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737, com significado proveniente do latim *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). Existem controvérsias no que se referem à origem do termo suicídio, alguns estudos dão o crédito para outras personalidades em tempos diferentes, como: o inglês Thomas Browne em 1643, Charleton em 1651, Edward Phillips em 1662, Prevost em 1734 (CORRÊA, 2006).

Na Grécia antiga, apesar da história de Sócrates¹, não existia aceitação do suicídio, inclusive se punindo os suicidas pela proibição de sepultamento em áreas sagradas.

Na época da República na Romana, o suicídio também era reprovado por representar um enfraquecimento do coletivo social, porém influenciado pelo estoicismo grego, poderia até ter um sentimento de aceitação contanto que houvesse uma nobre razão (BARROS-NETO, 2011).

Esta visão estatal Greco-Romana da vida humana fica clara com os casos de suicídio dos escravos e soldados. Os escravos eram considerados propriedades, algumas vezes serviam como garantias de dívidas e por ter valor financeiro, suas mortes acarretavam prejuízos econômicos para seus donos. Da mesma forma, os soldados quando retiravam suas vidas, enfraqueceriam os exércitos e assim, eram considerados como desertores (BARROS-NETO, 2011).

No que se refere aos dogmas religiosos em tempos remotos, a vida era considerada sagrada e as pessoas que cometiam suicídio eram reconhecidos como indignos, perdendo o direito aos rituais de enterro e velório. Já na Idade Média,

¹ Sócrates, por meio da maiêutica, estimulava que as pessoas exercitassem seu poder de refletir, pensar e analisar as ideias o que se tornava perigoso para a real democracia grega. Sócrates preferiu escolher a morte por cicuta, suicídio sublime, do que renunciar sua filosofia e ao seu modo de vida (MARÇAL, 2010).

ocorriam punições ao corpo funesto do suicida, com mutilações e a proibição de sepultamento em solo sagrado (BARROS-NETO, 2011).

Com a chegada da revolução industrial, no século XVIII, o suicídio além de ser considerado um ato vergonhoso, passou a ter repercussões estendidas aos familiares, pois era tido como produto de uma doença mental, passível de hereditariedade. Por esta razão, mantido em sigilo de família perante a sociedade pelo receio que houvesse preconceito da continuidade do ato suicida pelos seus descendentes.

No século seguinte, em 1897 o sociólogo francês Émile Durkheim discute em seu livro, o suicídio como um problema psicológico, classificando-o em quatro tipos, saindo da esfera individual e trazido como um fenômeno social, aprofunda as formas conceituais pela influência do meio na decisão do suicídio, como a religião e os vínculos familiares, pela relação do controle social através do que ele chama de integração e regulação da sociedade (DURKHEIM, 1897-2014).

No pós-guerra, década de 1920, conhecida como “os anos loucos”, juventude chamada “geração perdida”, a liberdade desregrada, acompanhada pela prosperidade econômica, marcou grande transformação da sociedade da época, mas intensificou a fragilidade humana. (RODRIGUES, 1997). Até culminar no final de 1929, nos Estados Unidos, profunda crise econômica, miséria, fome, desemprego. A grande depressão atingiu todas as camadas sociais, tornaram-se comuns os registros pela imprensa das tentativas de suicídio em lugares públicos (FRAGA, 2019).

Em 1991, com a divisão da União Soviética, ocorrem mudanças profundas socioeconômicas nas ex-repúblicas, com isso, elevaram-se as taxas de suicídio entre os países independentes. Observa-se o mesmo fenômeno nos países bálticos e do leste europeu, marcadas pelos conflitos étnicos dos anos 90 (FRAGA, 2019).

Segundo Chang (2013) em estudo publicado na British Medical Journal, envolvendo 54 países sobre a crise global de 2008, demonstrou que ocorreram 4.900 suicídios a mais do que o estimado para o ano de 2009, com prevalência dos cidadãos de origem europeia, homens desempregados, na faixa etária entre 45 e 64 anos.

Já Estruch e Cardús (1982) mostram que o suicídio tem variadas conotações de acordo com a sociedade na qual está inserido. Desde a morte sublime do antigo filósofo grego Sócrates como, as heroicas dos pilotos Kamikazes do Japão na II

Guerra Mundial, em detrimento de muitos outros suicídios tidos como covardes, vergonhosos e de fraquezas individuais ou por movimentos específicos da sociedade. Essas diferentes interpretações culturais e temporais da sociedade permeiam a história do suicídio.

2.2 SUICÍDIO – CONCEITOS, TEORIAS E CLASSIFICAÇÕES

Desde Defontaines no século XVIII, a palavra suicídio passou por diversos entendimentos diferentes em sua conceituação (FUKUMITSU, 2015).

Segundo Correia e Barrero (2006, p. 163), “O indivíduo é o único responsável por sua vida e também por sua morte, e nessa morte por suicídio o papel principal será desempenhado por sua própria maneira de ser, por nenhuma outra pessoa”.

Émilie Durkheim no século XIX fundamenta seu estudo sociológico com a delimitação do conceito de suicídio: “Chama-se suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”, o que difere da tentativa de suicídio (DURKHEIM, 1897-2014).

Ainda Durkheim estuda os casos de suicídio em um determinado período, e relaciona com o sexo, idade, religião, estado civil e o local de residência, analisa as determinações sociais que levam ao ato suicida, classificando os suicidas em três tipos específicos:

- a) Egoísta, ocorre por uma individualização excessiva, normalmente em sociedades modernas, altamente desagregadas, com indivíduos isolados dos grupos sociais;
- b) Altruísta, quando o indivíduo está altamente envolvido com um grupo ou crença, suas decisões ocorrem por força coercitiva do coletivo ou por obediência cega.
- c) Anômico, quando a estrutura social em torno do indivíduo se degrada, ocorre um enfraquecimento dos laços sociais, perda da consciência coletiva, levando o que Durkheim chama de anomia social. Ocorrem geralmente na presença de crises sociais (DURKHEIM, 1897-2014).

Èmile Durkheim queria demonstrar, por meio da sociologia, o quanto que o ato suicida não era apenas circunstancial individual e sim, proveniente das forças que o ambiente social exerce sobre esta pessoa.

Já no século XXI, o psicólogo norte americano Edwin Shneidman, conhecido como “pai da suicidologia”, criou a palavra psychache, que significa um estado mental de uma pessoa com risco iminente ao suicídio. Psychache designa um ser humano tomado pelo desespero, não atendido em suas necessidades psicológicas básicas, como: autonomia, sentimento de amparo, realização pessoal e reconhecimento adequado, associado à perda dos mecanismos enfrentamento dos sofrimentos (BOTEGA, 2015).

Shneidman, inspirado pelas teorias de Henry Murray, criou um modelo, conhecido como, “cubo suicida de Shneidman”. Este modelo trazia a concepção de que o suicídio era produto da confluência do extremo máximo da: dor psicológica, perturbação cognitiva e da pressão dos acontecimentos da vida.

Na década de 1950, Shneidman propôs uma metodologia de investigação dos casos de suicídio, por meio de entrevistas com pessoas próximas e familiares do suicida, um estudo retrospectivo, chamado de autópsia psicológica (SHNEIDMAN, 1969; CAVALCANTE, 2012). Esta metodologia traz grande entendimento do ato suicídio e subsídios para ações preventivas eficazes no combate ao suicídio.

Ainda neste contexto da conceituação, Botega (2004) refere que o suicídio é um ato final de uma rede de fatores que foram ocorrendo na vida da pessoa e que a complexidade está nas diversas dimensões que compõem o indivíduo, fatores biológicos, genéticos, psicológicos, culturais, sociais e históricos.

Em uma abordagem filosófica, o argelino Albert Camus, traz no “O Mito de Sísifo”, a discussão existencial do ser humano, a relação do absurdo com o suicídio na existência Humana, concretizada na discussão existencialista, se “... a vida merece ou não ser vivida...” (CAMUS, 1942-1989).

Camus, através de um conto da mitologia grega pelo mito de Sísifo, castigado por Zeus a carregar incessantemente uma rocha para cima de uma colina, que posteriormente rolava e caía tendo que ser novamente carregada, trouxe a comparação do esforço de Sísifo com as rotinas da vida. Elas vão se tornando entediadas, massacrantes e monótonas ao longo do tempo, aflorando-se na consciência e desencadeando o sentimento do absurdo que a vida, não fazendo

mais sentido, questiona se a vida vale ou não vale a pena ser vivida (CAMUS, 1942-1989).

Sísifo, mesmo sabendo do insucesso do seu esforço, não se deixou dominar pelo resultado e se manteve entretido pelo caminho percorrido, sendo a motivação da sua felicidade. Assim, ele conclui que valorizar o caminho e dele tirar os frutos da existência, muitas vezes é o fator motivador pelo esforço realizado.

Apesar da metáfora de Camus, culturalmente existem muitas outras maneiras de se lidar com o sentido da vida e conseqüentemente da morte. Por exemplo, no ocidente a morte significa uma perda, ruptura, fim, fracasso. Já no oriente, a morte é um estado de evolução, transição, continuidade (KOVACS, 1992).

Ainda na procura de um entendimento preliminar do suicídio envolvido em um sentimento comum, observam-se alguns estereótipos ligados ao ato de autoagressão:

- a) Suicídio desesperado: este grupo se caracteriza pela falta de esperança, aflição de acabar com o sofrimento, sendo meio de fuga, visto que a desesperança o domina como única forma de resolução de escape.
- b) Suicidas psicóticos: representados pelos esquizofrênicos, cujas alucinações dominam o fenômeno.
- c) Suicidas racionais: são os que apresentam doenças progressivas, incapacitantes e ou terminais, percebe o autoextermínio como alívio dos sintomas.
- d) Suicida histriônico: é o manipulador, que procura com seu ato buscar vingança ou atenção (DAOLIO, 2012).

O suicídio é forjado na ambivalência entre a vontade de viver e o desejo de eliminar o sofrimento ou a dor. Inicia-se na ideação, passa pelo pensamento determinado e termina na impulsividade do ato, já que envolvido por esta situação, não consegue perceber outra perspectiva para a resolução dos problemas a não ser pelo suicídio (FUKUMITSU, 2015).

Outra consideração importante da psicologia social é o conceito de influência das mídias sobre o fenômeno do suicídio. Um estudo de David Phillips (1974) chamou de “Efeito Werther”, em alusão à obra do escritor e filósofo alemão Johann Wolfgang Von Goethe publicada em 1774 intitulada “Os Sofrimentos do Jovem

Werther”, poderia causar uma onda de casos de suicídios por imitação do comportamento suicida do protagonista da história do livro. O que deu significado a expressão “Efeito Werther” que a divulgação de suicídios pode ser fator motivador para ocorrerem ondas similares subsequentes de suicídios (SARAIVA, 2010; NIEDERKROTENTHALER et al., 2010).

No entanto, obra de Goethe pode ser compreendida de outra maneira, na forma de expressar o sofrimento e comunicar a dor, é um modo importante de exteriorização e possibilitar ajuda. Nos séculos seguintes, discute-se que este conceito, está muito mais na forma sensacionalista da notícia, estimulando o pior, do que no fato do comunicado em si, alertando para o cuidado na maneira de divulgação dos casos de suicídio nas mídias (SCHERR e STEINLEITNER, 2015).

Por fim, outro efeito conhecido no campo da comunicação, é o chamado “Efeito Papageno”, provindo dos personagens da “A Flauta Mágica” que traz uma mensagem de mediação, salvação e prevenção. Contrapondo a abordagem sensacionalista das mídias e buscando a necessidade de combater o suicídio na sociedade (NIEDERKROTENTHALER et al., 2010; SCHERR e STEINLEITNER, 2015).

Quando o suicídio ocorre especialmente em pessoas próximas, o ato remete a dois pensamentos recorrentes: “porque não conseguimos perceber antes que a situação estava tão ruim?” e “será que poderíamos ter feito algo para evitar?”. É fato que assuntos ligados à morte trazem mal-estar e são poucos discutidos na sociedade e nas organizações de trabalho, principalmente quando a morte ocorre por escolha própria (FREITAS, 2011).

2.3 SUICÍDIO - MOTIVAÇÕES E VARIÁVEIS DE INFLUÊNCIA

Segundo Freitas (2011), o suicídio é um problema multifacetário e complexo, envolve simultaneamente várias dimensões do ser: 1) filosófico (sentido da vida), 2) biológico (genética), 3) social (relacionamentos), 4) psíquicos (saúde mental), 5) religiosos (vida como dádiva de um ser maior), 6) jurídico (direito escolha, passivos do falecido).

Em consonância com esta complexidade, Daolio (2012) afirma que é difícil determinar com exatidão as causas do suicídio, pois é um fenômeno que decorre de

múltiplos fatores de ordem cultural, ambiental, psicológica, biológica e política, agregadas no perfil do indivíduo.

Por outro lado, um risco só pode ser dimensionado quando se tem o conhecimento dos fatos que o envolve e da probabilidade de ocorrer. Ter a ciência da complexidade dos sentimentos da pessoa em risco de suicídio, suas tendências e seu histórico biopsicossocial, traz os elementos necessários para a intervenção precoce no paciente ou no grupo no qual está envolvido.

A Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2019), relata que é importante identificar os comportamentos que podem traduzir o risco de suicídio e reconhecer esta situação é fundamental para auxiliar e salvar vidas.

Émile Durkeim, no século XIX, em seu estudo sobre o suicídio, já chamava a atenção para a influência dos padrões sociais no comportamento do indivíduo, mostrando a visão da sociologia no fenômeno, traduzindo o suicídio como ação positiva e violenta ou negativa por omissão. (DURKHEIM, 1897-2014).

Mesmo sendo multifatorial, existem situações que promovem vulnerabilidade para o suicídio, como: 1) pessoas com doenças graves e com pouca expectativa de cura (doenças mentais, doenças terminais), 2) situação financeira (dívidas), 3) desemprego, 4) sentimentos de moralidade (vergonha, culpa) (FREITAS, 2011).

Neury José Botega (2015) em seu livro Crise suicida traz o enquadramento de motivações do suicídio em fatores predisponentes e fatores precipitantes. Os fatores predisponentes são situações que estão mais distantes, acontecimentos que estão no passado e por isso muitas vezes, ficam esquecidos quando ocorrem um caso de suicídio, são estes: transtornos mentais, tentativa prévia de suicídio, casos de suicídio de familiares, abuso sexual na infância, impulsividade e agressividade, doenças incapacitantes e incuráveis e por fim, alta recente de uma internação psiquiátrica.

Já os fatores precipitantes são circunstâncias mais proximais do ocorrido, que geralmente se justifica a explicação do ato suicida. Os fatores precipitantes são: desilusão amorosa, separação conjugal, conflitos de relacionamentos, insucesso financeiro, perda do emprego, desonra, vergonha, intoxicação alcoólica e facilidade ao acesso a algum meio letal (BOTEGA, 2015).

Botega, Werlang, Cais e Macedo (2006) chamam atenção da relação entre as doenças mentais e suicídio, relatando que 97% dos casos das mortes por suicídio têm envolvimento direto com as doenças mentais.

No que se refere á depressão, 15% das pessoas que apresentam depressão grave cometem suicídio. Em geral, estas pessoas estão envolvidas por quatro sentimentos principais: depressão, desespero, desamparo, desesperança, são os chamados “4Ds” do suicídio. Concomitantemente, submersos em sentimento de ambivalência, impulsividade e rigidez ou constrição do pensamento (FUKUMITSU, 2015).

A ambivalência é o dilema entre o desejo de viver com vontade de eliminar o sofrimento, é a dualidade entre o sentimento de eliminar com a morte os problemas que se parecem intermináveis e insolúveis com a vontade de viver. Já a impulsividade é um ato intempestivo, irracional, abrupta vontade de pôr fim ao sofrimento, fruto de uma crise avassaladora de pensamentos negativos. Por último, a constrição de pensamento, é uma forma dicotômica de pensamento, tudo ou nada. Leva o indivíduo a não racionalizar formas intermediárias de solução dos problemas e passa a não encontrar outras maneiras de eliminar o sofrimento sem extirpar a própria vida (BRASIL, 2006, p.51). Estas situações são expressas de modos diferentes pelas pessoas que estão em risco de suicídio e devem ser prontamente identificadas e consideradas na ação de acolhimento e tratamento do paciente.

Imerso em todos estes sentimentos o conceito de Jamison (2010, p.27), traduz o que pode estar no íntimo do suicida no momento da impulsividade do seu ato, “um sofrimento psicológico intenso, prolongado, sem perspectivas de atenuantes, causando uma forte descarga emocional, levando uma morte terrível e violenta”.

Edwin Shneidman (1985) traz importante contribuição na percepção de entendimento das fases da ocorrência do ato suicida: 1) o início do ato que levou a morte, 2) o próprio ato, 3) a ideação de autodestruição, 4) a desesperança da vida, 5) o que motivou para a morte, 6) o planejamento do sucesso do resultado de morte.

Para Shneidman (1993), cada suicídio é um caso único, idiossincrásico, para compreender melhor a particularidade de cada evento ele postulou dez semelhanças de pensamentos mais comuns entre os suicidas, motivadores do ato:

- a) Propósito – busca de resolução da dor psíquica;
- b) Objetivo – parar o fluxo de consciência;
- c) Estímulo – pela insuportável dor psíquica;
- d) Fator estressor – frustrações das necessidades psíquicas;

- e) Emoção – desesperança e desamparo;
- f) Afeto – ambivalência;
- g) Cognição – rigidez e construção de pensamento;
- h) Ação – fuga e escape;
- i) Ato interpessoal – comunicação da intenção do suicídio;
- j) Consciência – padrão de enfrentamento existencial.

Segundo Nock e Prinstein (2005) com base no modelo funcional de autolesão intencional e nos princípios da teoria da aprendizagem, é muito provável que indivíduos se motivem novamente a tentar suicídio após uma primeira tentativa, quando existirem razões suficientes e sustentáveis para isso. Este modelo se divide em quatro categorias de motivação: 1) Reforço negativo automático: seria um desejo de situações internas desagradáveis como, ansiedade, depressão, frustração ou vergonha. 2) Reforço positivo automático: tem a intenção de criar um estado interno desejável, como relaxamento, auto validação, paz. 3) Reforço negativo social: desejo de evitar ou atenuar situações interpessoais desagradáveis. 4) Reforço positivo social: é a tentativa de se criar uma situação conveniente (BRYAN, 2016).

A ABP (2019) divide as múltiplas causas que fazem parte do comportamento de risco de suicídio em causas modificáveis e não modificáveis. Ambas precisam ser identificadas o mais precocemente possível a fim de oferecer as devidas condutas de intervenções, sejam individuais ou com características coletivas.

As causas modificáveis são: 1) pessoas passando por fortes conflitos familiares; 2) pessoas com incertezas em suas orientações sexuais; 3) sentem-se isoladas socialmente; 4) pessoas que estejam rotineiramente com sentimento de desamparo, desesperança, desespero e impulsividade; 5) desempregados com problemas financeiros; 6) aposentados; 7) moradores de rua; 8) pessoas que tem fácil acesso a meios letais. Entretanto, a condição que mais oferece risco de suicídio, que faz parte destes fatores que podem ser alterados, são as doenças mentais.

Em algumas circunstâncias as doenças psiquiátricas também podem ser classificadas como fatores não modificáveis, entre outros como: 1) idade entre 15 e 30 anos e também os idosos; 2) doenças crônicas debilitantes; 3) grupos específicos, como os indígenas, imigrantes, grupos étnicos; 4) enlutados; 5) os que têm história familiar ou do cônjuge, de suicídio ou de TAE; 6) história abusos na

infância ou na adolescência, sexual, físico, moral; 7) o risco é aumentado na adolescência quando uma figura muito próxima comete suicídio (ABP, 2019).

Neste contexto, o que é importante ter como percepção é o comportamento de risco suicida. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* em sua quinta versão (DMS-5 de 2014) relata que uma tentativa prévia de suicídio nos últimos 24 meses com real intenção de morrer, é critério de relevância para o diagnóstico dos transtornos do comportamento suicida e deve ser interpretado como risco iminente do possível ato (APA, 2014).

Estudos mostram que 96,8% das pessoas que morreram por suicídio apresentavam alguma doença psiquiátrica e que invariavelmente não foi diagnosticada ou apresentava um tratamento inadequado. Destes, os transtornos mentais mais prevalentes que estão envolvidos com o autoextermínio são: depressão, transtorno bipolar, dependência química, transtornos de personalidade e esquizofrenia (BERNAL et al., 2007; ABP, 2019).

Quando se juntam alguns destes fatores de risco, como a vigência de doenças psiquiátricas, principalmente a depressão junto ao histórico de já ter, no passado, tentativas de autoextermínio, estas duas circunstâncias juntas, podem aumentar em cinco a seis vezes a probabilidade de induzir ao suicídio (ABP, 2019; BERNAL et al., 2007).

O Ministério de Saúde afirma que o suicídio pode ser prevenido, mesmo sendo um fenômeno multifacetado, complexo, de diversas motivações, afetando diferentes classes sociais, orientações de gênero e faixas etárias. Perceber precocemente os sinais de alerta, seja em si mesmo, seja em uma pessoa próxima, pode ser um ponto fundamental para tomar providências, ficar atento às mudanças comportamentais é o primeiro passo (BRASIL, 2017).

Segundo o psiquiatra Cláudio Duarte (2017), psiquiatra do Hospital Santa Mônica, os sinais de alerta de suicídio incluem:

- “1) Falar sobre suicídio – por exemplo, fazer declarações como “Eu vou me matar”, “Eu gostaria de estar morto” ou “Eu queria não ter nascido”; 2) Ausência ou abandono de planos futuros, desesperança; 3) Obter os meios para tirar sua própria vida, como comprar uma arma ou estocar comprimidos; 4) Isolar-se do contato social e querer ficar sozinho; 5) Apresentar mudanças de humor, como ser emocionalmente eufórico um dia e profundamente desencorajado noutro dia; 6) Se mostrar muito preocupado com a morte, a morte ou a violência, embora também o completo oposto também seja preocupante, como falar destes temas com desdém ou sarcasmos; 7) Sentir-se preso ou sem esperança sobre uma situação; 8) Aumento ou mudança do padrão de uso de álcool ou drogas; 9) Mudança importante da rotina normal, incluindo hábitos alimentares ou de

sono; 10) Fazer coisas arriscadas ou autodestrutivas, como usar drogas, dirigir imprudentemente ou buscar brigas ou confusões perigosas; 11) Dizer adeus às pessoas como se não fosse vê-las novamente; 12) Demonstrar alterações de personalidade ou estar gravemente ansioso ou agitado, particularmente quando se sentem alguns dos sinais de alerta listados acima” (DUARTE, 2017).

Não existe uma única maneira de abordar a temática do suicídio dentro das organizações de trabalho, mas só é possível prevenir quando se conhece as forças que movimentam este fenômeno para poder amenizá-lo, ou mesmo, evitá-lo. Desta maneira, o estudo dos fatores de risco que podem levar ao suicídio é fundamental para as intervenções e a prevenção junto aos trabalhadores.

2.4 EPIDEMIOLOGIA

O suicídio é um fenômeno presente todas as localidades do planeta. Responsável por mais de 703 mil mortes anualmente (WHO, 2021), estima-se que ocorra pelo menos 20 tentativas de autoagressão para cada caso de suicídio (BRASIL, 2018, p. 1). Em 2015, ele foi a décima principal causa de morte em todo o mundo, o que representa 0,5% das causas de morte do planeta (CHANG et al., 2013).

Em 2016, a média global de suicídio foi de 10,6 casos para cada 100.000 pessoas, com prevalência no continente europeu apresentando uma taxa de 15,4. Além disso, o continente europeu mostrou a maior discrepância dos casos de suicídio entre os sexos (WHO, 2018).

No período de 2000 a 2016, de uma maneira geral, houve redução das taxas de suicídio no mundo de 9,8%. Porém no continente americano, mostrou-se o único que apresentou piora das taxas de suicídio neste mesmo período (TABELA 1) (WHO, 2018).

TABELA 1 - TAXA DE SUICÍDIO GLOBAL, POR CONTINENTE E DISTRIBUÍDO POR SEXO.

(continua)

Região	Sexo	2016	2015	2010	2005	2000
Global	Total	10.6	10.7	11.5	12.3	12.9
	Masculino	13.5	13.6	14.3	15.3	16.0
	Feminino	7.7	7.8	8.6	9.3	9.7
África	Total	7.4	7.4	7.6	7.9	8.3
	Masculino	9.9	9.9	9.9	10.4	10.8
	Feminino	4.8	4.9	5.3	5.4	5.8

TABELA 1 - TAXA DE SUICÍDIO GLOBAL, POR CONTINENTE E DISTRIBUÍDO POR SEXO.

(conclusão)

Região	Sexo	2016	2015	2010	2005	2000
Américas	Total	9.8	9.9	9.0	8.5	8.3
	Masculino	15.1	15.2	14.0	13.2	13.1
	Feminino	4.6	4.6	4.1	3.9	3.6
Sudeste da Asia	Total	13.2	13.3	13.5	14.2	14.3
	Masculino	14.8	14.9	14.8	15.1	15.8
	Feminino	11.6	11.7	12.1	13.4	12.8
Europa	Total	15.4	15.7	17.9	20.7	21.8
	Masculino	24.7	25.2	29.2	33.9	35.6
	Feminino	6.6	6.8	7.3	8.3	8.9
Mediterrâneo oriental	Total	3.9	3.9	4.3	5.1	5.0
	Masculino	5.1	5.0	5.5	6.3	6.0
	Feminino	2.7	2.7	3.0	3.8	4.0
Pacífico ocidental	Total	10.2	10.2	11.7	12.2	13.1
	Masculino	10.9	10.9	12.0	12.4	12.9
	Feminino	9.4	9.5	11.5	12.0	13.4

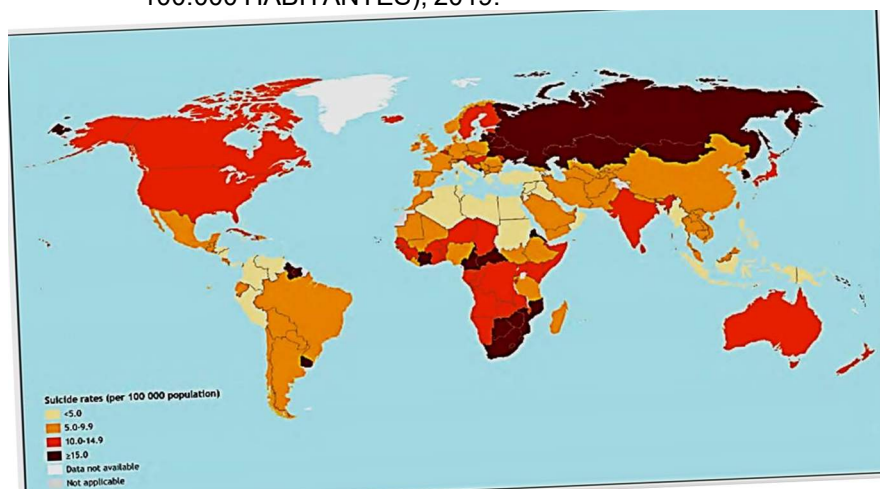
FONTE: OMS (2018).

2.4.1 Epidemiologia do suicídio no mundo

Botega et al. (2006), afirmam que a mortalidade mundial por suicídio aumentou cerca de 60% nos últimos 45 anos, representando uma morte a cada 35 segundos.

Cerca de 75% dos casos de suicídio ocorrem em países em desenvolvimento (FIGURA 2) e apesar das tentativas de autoagressão ocorrerem mais no sexo feminino, as taxas de atos consumados são 1,5 vezes maiores nos homens em países em desenvolvimento, mas esta desproporção é bem maior nos países desenvolvidos, chegando a 3,5% mais suicídios em homens do que em mulheres (WHO, 2014).

FIGURA 2 - MAPA DAS TAXAS GERAIS DE SUICÍDIO NO MUNDO (POR 100.000 HABITANTES), 2019.



FORNTE: WHO (2021).

O Brasil é um país continental e populoso, em números absolutos de suicídios fica colocado entre os dez maiores países em quantidade de casos por ano, assim como a China. Contudo, apresentam baixas taxas de mortalidade por 100 mil habitantes (WHO, 2014).

Os países mais prevalentes nas taxas de suicídio em 2016 foram: Lituânia (31,9), Rússia (31,0) e Guiana (29,2). No outro extremo do planeta, os países que apresentaram menores taxas de suicídio foram da América Central insular: Bahamas (1,7), Granada (1,7), Barbados (0,8) e Antigua e Barbuda (0,5). O Brasil com uma taxa de 6,5 neste mesmo período está em 113ª na classificação geral de mortes por suicídio por 100 mil habitantes (TABELA 2).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES).

País	(continua)				
	2016	2015	2010	2005	2000
Lituânia	31.9	34.9	37.3	43.9	50.7
Federação Russa	31.0	32.1	40.0	51.6	52.6
Guiana	29.2	29.1	26.8	24.4	23.4
Coreia do Sul	26.9	28.3	34.1	26.8	14.8
Bielo-Rússia	26.2	26.3	38.2	45.1	43.1
Suriname	22.8	23.8	27.0	26.5	23.5
Cazaquistão	22.5	24.9	32.7	39.4	34.0
Ucrânia	22.4	23.1	27.1	34.5	36.9
Letônia	21.2	21.6	22.7	26.7	34.7
Lesoto	21.2	21.0	20.1	18.6	18.0
Bélgica	20.7	20.1	21.3	21.2	22.7
Hungria	19.1	20.3	26.0	26.7	32.5

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES).

(continuação)					
País	2016	2015	2010	2005	2000
Eslovênia	18.6	21.0	20.7	27.1	32.4
Japão	18.5	19.4	24.4	24.9	24.7
Uruguai	18.4	19.4	16.6	15.3	17.4
Estônia	17.8	15.8	18.3	22.5	29.5
França	17.7	18.0	20.2	21.1	22.3
Suíça	17.2	17.1	16.2	20.8	21.8
Croácia	16.5	17.8	18.6	20.2	21.3
Guiné Equatorial	16.4	16.5	16.7	13.7	15.5
Índia	16.3	16.5	16.5	17.6	17.4
Polônia	16.2	15.8	18.6	17.7	16.9
Finlândia	15.9	14.4	18.9	20.4	24.6
Rep. da Moldávia	15.9	16.4	20.9	19.2	16.4
Áustria	15.6	16.0	16.0	17.3	20.0
Sérvia	15.6	15.0	15.9	18.8	21.0
Estados Unidos da América	15.3	15.0	13.2	11.9	11.3
Suécia	14.8	15.7	15.3	16.4	15.6
Sri Lanka	14.6	14.8	19.1	23.1	28.8
Côte d'Ivoire	14.5	14.4	12.7	11.2	9.5
Kiribati	14.4	14.5	14.5	13.9	13.7
Tailândia	14.4	14.6	14.3	12.7	16.2
Islândia	14.0	14.0	13.3	12.2	16.2
Portugal	14.0	13.8	13.5	11.1	7.5
Cuba	13.9	13.7	14.4	13.0	17.4
El Salvador	13.7	14.0	10.8	9.9	13.4
Alemanha	13.6	13.8	13.7	13.6	14.7
Trinidad e Tobago	13.6	13.6	14.5	12.3	14.9
Luxemburgo	13.5	14.7	12.9	14.3	16.8
Eswatini	13.3	13.1	11.9	12.0	11.6
Austrália	13.2	13.8	12.5	12.3	13.2
Czechia	13.1	13.7	15.4	16.5	17.0
Mongólia	13.0	13.1	16.6	17.1	17.9
Dinamarca	12.8	11.9	12.7	16.2	16.0
Eslováquia	12.8	12.8	13.9	13.8	14.4
Países Baixos	12.6	12.5	10.0	9.9	9.8
Canadá	12.5	12.5	13.0	13.2	13.0
Bolívia	12.2	12.4	14.1	15.3	16.4
Camarões	12.2	12.3	11.7	11.9	13.3
Nicarágua	12.2	12.2	12.5	14.4	17.2
Noruega	12.2	12.4	12.6	12.7	13.3
Nova Zelândia	12.1	12.1	13.0	13.3	12.9
Haiti	11.7	11.7	10.2	9.5	8.7

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES).

(continuação)					
País	2016	2015	2010	2005	2000
África do Sul	11.6	11.8	12.2	11.8	11.6
Bulgária	11.5	11.4	12.5	13.4	18.5
Irlanda	11.5	11.5	12.0	11.9	12.4
Butão	11.4	11.6	11.1	12.2	12.4
Cabo verde	11.3	11.0	11.1	10.1	9.4
Coreia do Norte	11.2	11.4	11.9	10.9	10.0
Micronésia	11.1	11.4	11.1	11.9	10.8
Zimbábue	10.7	10.6	11.9	13.9	12.9
Chile	10.6	10.9	12.2	10.6	10.9
Romênia	10.4	11.6	14.0	12.5	13.2
Montenegro	10.3	10.0	10.4	11.4	10.4
Benin	9.9	9.9	9.6	9.7	9.5
Rep. Dominicana	9.9	9.7	8.0	8.2	9.1
Cingapura	9.9	9.0	10.0	11.6	12.4
Uganda	9.9	9.9	10.5	10.5	11.1
China	9.7	9.6	10.9	11.7	13.2
Serra Leoa	9.7	9.3	9.2	10.4	11.1
Togo	9.6	9.4	9.5	9.9	9.6
Nigéria	9.5	9.6	10.0	9.6	10.2
Paraguai	9.5	9.9	9.3	10.1	10.1
Botswana	9.3	9.7	11.1	12.6	11.8
Seychelles	9.3	9.4	9.4	9.1	8.7
Argentina	9.2	8.8	8.7	9.0	9.5
Burundi	9.1	8.9	9.0	8.4	7.1
Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte	8.9	8.7	7.8	8.2	9.1
Bósnia e Herzegovina	8.8	8.9	8.0	9.3	10.7
Chade	8.8	8.9	8.7	8.5	8.0
Nepal	8.8	9.1	10.5	12.5	15.4
Namíbia	8.7	9.0	10.4	10.4	10.9
Espanha	8.7	8.1	7.0	8.1	8.6
Laos	8.6	8.5	8.9	9.4	10.1
Iémen	8.5	8.6	8.8	8.1	6.8
Quirguistão	8.3	8.1	11.3	10.9	12.6
Geórgia	8.2	8.1	6.9	5.0	6.0
Itália	8.2	8.0	7.5	7.0	7.8
Sudão	8.1	8.0	8.0	8.4	7.9
Costa Rica	7.9	7.9	8.6	7.9	7.3
Eritreia	7.9	8.1	9.0	10.4	11.6
Macedônia do Norte	7.9	7.8	5.9	7.2	7.7
Maurício	7.8	8.5	8.1	8.8	11.1
Myanmar	7.8	7.6	7.3	7.7	7.3

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES).

(continuação)					
País	2016	2015	2010	2005	2000
Santa Lúcia	7.8	7.8	6.1	3.0	6.4
Burkina Faso	7.7	7.7	7.5	7.6	8.2
Rep. Centro-Africana	7.7	8.1	9.5	8.8	8.8
Malta	7.5	8.0	8.0	5.6	6.5
Uzbequistão	7.4	7.4	6.0	5.8	7.6
Peru	7.3	7.3	8.4	7.6	7.2
Vietnam	7.3	7.2	7.0	6.7	6.7
Colômbia	7.2	8.3	7.2	6.7	7.6
Etiópia	7.2	7.2	7.3	7.9	8.0
Equador	7.1	9.6	8.5	8.9	6.1
Gabão	7.1	7.3	6.9	6.1	6.7
Comores	6.8	6.8	6.6	6.5	5.1
Libéria	6.8	6.5	6.5	6.8	5.7
Djibouti	6.7	6.4	5.2	5.9	5.8
Ruanda	6.7	6.8	7.5	10.9	15.6
Turcomenistão	6.7	7.2	7.6	11.7	9.1
Armênia	6.6	7.0	6.0	4.4	3.3
Catar	6.6	6.5	6.1	3.2	3.4
Brasil	6.5	6.5	5.7	5.5	4.8
Albânia	6.3	6.0	7.8	6.7	5.5
Guiné	6.3	6.4	6.6	6.8	6.3
Zâmbia	6.1	6.1	6.3	6.5	8.1
Papua Nova Guiné	6.0	6.0	5.4	5.8	7.1
Senegal	6.0	6.2	6.9	8.1	7.7
Bahrain	5.9	5.9	5.2	7.0	6.7
Bangladesh	5.9	6.1	6.4	6.3	6.7
Congo	5.9	6.1	7.4	9.1	10.0
Congo	5.7	5.6	5.5	6.1	6.6
Malásia	5.5	5.4	5.1	5.4	5.3
Gana	5.4	5.3	4.7	4.3	4.0
Israel	5.4	5.0	7.3	7.6	7.5
Tanzânia	5.4	5.4	5.3	5.5	6.9
Camboja	5.3	5.3	5.4	5.9	5.6
Chipre	5.3	4.9	5.7	2.6	2.2
Líbia	5.2	4.2	5.4	5.6	5.3
Gâmbia	5.1	5.2	5.1	5.7	6.6
México	5.1	5.6	4.6	4.3	3.6
Fiji	5.0	5.0	4.8	3.5	4.3
Grécia	5.0	4.8	3.3	3.5	3.4
Moçambique	4.9	4.9	5.6	6.7	8.8
Peru	4.9	4.9	4.6	4.6	5.1

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES).

País	(continuação)				
	2016	2015	2010	2005	2000
Mali	4.8	4.8	4.8	4.9	5.5
Afeganistão	4.7	4.8	5.1	6.3	5.7
Angola	4.7	5.0	5.7	7.2	7.9
Belize	4.7	4.8	4.9	4.9	5.5
Ilhas Salomão	4.7	4.9	5.8	7.6	11.2
Somália	4.7	4.7	4.3	4.8	4.7
Brunei Darussalam	4.6	4.5	3.7	3.3	2.8
Níger	4.6	4.7	4.9	4.9	4.6
Timor-Leste	4.6	4.6	5.3	6.2	9.3
Vanuatu	4.5	4.5	5.1	5.7	7.3
Mauritânia	4.4	4.3	3.9	3.5	3.4
Samoa	4.4	4.5	5.0	6.5	8.3
Panamá	4.3	3.9	5.1	6.3	6.0
Irã	4.1	4.0	6.6	10.7	10.7
Egito	4.0	3.8	3.6	3.4	3.3
Guiné-Bissau	4.0	3.9	4.2	4.4	5.0
Madagáscar	3.9	4.0	4.3	4.5	4.7
Omã	3.9	4.1	3.7	3.4	4.3
Malawi	3.7	3.6	3.8	4.5	6.2
Sudão do Sul	3.7	3.7	4.1	4.6	4.8
Venezuela	3.7	3.8	4.3	5.9	8.0
Tonga	3.5	3.5	3.6	3.4	3.6
Indonésia	3.4	3.4	3.6	3.8	3.9
Tunísia	3.4	3.4	3.6	3.6	3.5
Líbano	3.3	3.3	3.2	3.1	3.0
Argélia	3.2	3.2	3.3	3.8	4.1
Quênia	3.2	3.1	3.1	3.9	4.4
Filipinas	3.2	3.2	3.3	2.6	2.5
Arábia Saudita	3.2	3.2	3.4	3.0	2.8
Iraque	3.0	3.1	2.8	2.5	2.7
Honduras	2.9	2.8	2.5	2.5	2.3
Jordânia	2.9	2.9	2.8	3.1	3.4
Marrocos	2.9	2.9	3.7	5.3	6.9
Paquistão	2.9	2.9	3.1	3.5	3.4
Emirados Árabes Unidos	2.8	2.8	3.0	3.1	3.2
Guatemala	2.7	3.1	2.9	3.2	3.2
Azerbaijão	2.6	2.7	3.1	3.2	2.2
Tajiquistão	2.5	2.5	2.5	2.9	3.0
São Vicente e Granadinas	2.4	2.7	3.3	9.9	6.3
Kuwait	2.3	2.3	1.9	2.3	2.0
Maldivas	2.3	2.6	3.2	3.3	4.4

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA TAXA DE SUICÍDIO POR PAÍS (SUICÍDIOS POR 100MIL HABITANTES).

País	(conclusão)				
	2016	2015	2010	2005	2000
São Tomé e Príncipe	2.3	2.3	2.0	1.8	2.0
Jamaica	2.2	2.1	2.0	1.9	2.3
República Árabe da Síria	1.9	1.9	1.9	1.6	1.3
Bahamas	1.7	1.8	2.0	2.2	2.0
Granada	1.7	1.1	0.9	2.7	1.9
Barbados	0.8	0.7	2.1	3.7	2.1
Antigua e Barbuda	0.5	0.8	0.3	1.2	2.0

FONTE: Modificada de WHO (2018).

No que se refere à faixa etária, o número de suicídios entre os jovens vem aumentando, a faixa etária entre 15 e 29 anos é a segunda principal causa de morte, depois de acidentes automobilísticos (WHO, 2014).

2.4.2 Suicídio no Brasil

Pelas estatísticas provenientes das informações do DATASUS (2016) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, documentados nos últimos 10 anos em registros atualizados disponíveis, período que compreende de 2010 a 2019, o número total óbitos no Brasil foi de 12.479.257, sendo destes 112.166 casos de suicídios, representando 0,9% de todas as mortes ocorridas neste período (TABELA 3).

TABELA 3 – NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DE MENSURAÇÃO DO DATASUS. PORCENTAGEM DE MORTES POR SUICÍDIO POR ANO DE ACORDO COM A POPULAÇÃO ESTIMADA PELO IBGE. TAXA DE SUICÍDIO POR ANO (ÓBITOS POR SUICÍDIO POR 100 MIL HABITANTES - PERÍODO DE 2010 A 2019).

ANO	TOTAL ÓBITOS	Nº SUICÍDIOS	% SUICÍDIOS	POPULAÇÃO BRASIL	% SUIC./ POP.	(continua)
						TAXA SUIC./ 100mil hab.
2010	1.136.947	9.448	0,83	195.700.000	0,0048	4,83
2011	1.170.498	9.852	0,84	197.500.000	0,0050	4,99
2012	1.181.166	10.321	0,87	199.300.000	0,0052	5,18
2013	1.210.474	10.533	0,87	201.000.000	0,0052	5,24
2014	1.227.039	10.653	0,87	202.800.000	0,0053	5,25
2015	1.264.175	11.178	0,88	204.500.000	0,0055	5,47
2016	1.309.774	11.433	0,87	206.200.000	0,0055	5,54
2017	1.312.663	12.495	0,95	207.800.000	0,0060	6,01
2018	1.316.719	12.733	0,97	209.500.000	0,0061	6,08

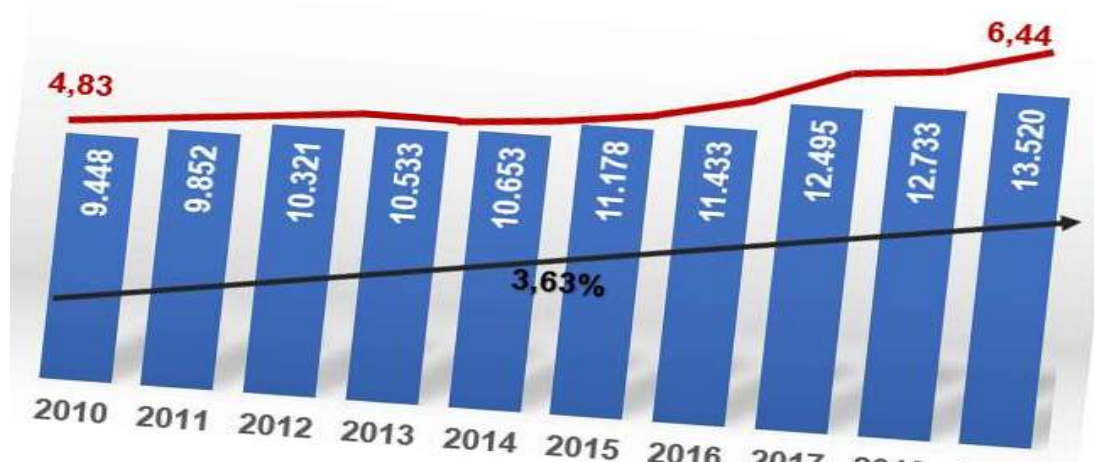
TABELA 3 – NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DE MENSURAÇÃO DO DATASUS. PORCENTAGEM DE MORTES POR SUICÍDIO POR ANO DE ACORDO COM A POPULAÇÃO ESTIMADA PELO IBGE. TAXA DE SUICÍDIO POR ANO (ÓBITOS POR SUICÍDIO POR 100 MIL HABITANTES - PERÍODO DE 2010 A 2019).

						(conclusão)
ANO	TOTAL ÓBITOS	Nº SUICÍDIOS	% SUICÍDIOS	POPULAÇÃO BRASIL	% SUIC./ POP.	TAXA SUIC./ 100mil hab.
2019	1.349.802	13.520	1,00	210.100.000	0,0064	6,44
Total	12.479.257	112.166	0,90	X	X	X

FONTE: Modificada DATASUS (2016).

Verificou-se que no período de 2010 a 2019, não só houve aumento de 3,63% dos números absolutos de suicídios, como também, houve elevação de 1,7% de óbitos por suicídios em relação ao número total de óbitos por outras causas de morte. Este aumento se verificou mesmo levando em consideração o crescimento populacional do país, as taxas de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes se elevaram 1,61 neste período de 10 anos (GRÁFICO 1).

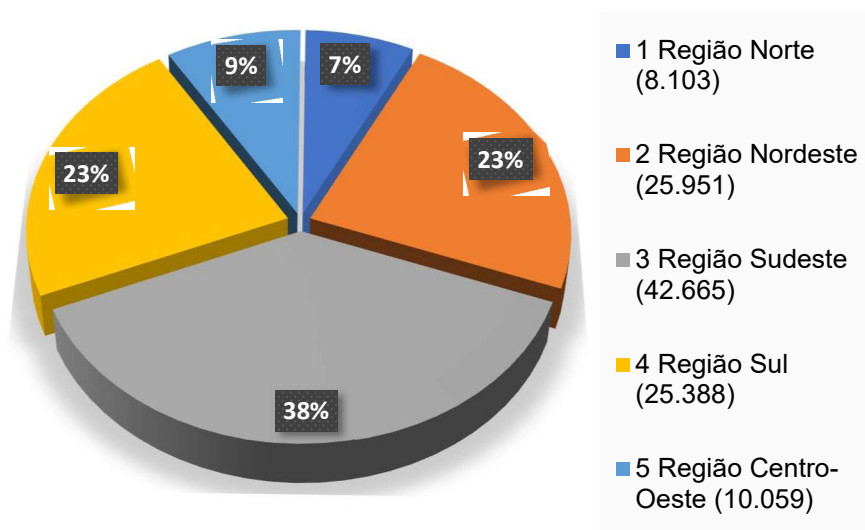
GRÁFICO 1 – NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS POR SUICÍDIO NO PERÍODO DE 2010 A 2019, PORCENTAGEM DE AUMENTO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO E A DIFERENÇA DAS TAXAS DE SUICÍDIO DO ANO DE 2010 EM COMPARAÇÃO COM O ANO DE 2019.



FONTE: Modificada de DATASUS (2016)

A região sudeste corresponde ao maior número absoluto de casos de suicídio com 42.665 (38%) e a região norte com 8.103 (7%) é a região com o menor número de casos de suicídio no Brasil (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO POR REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2019.



FONTE: Modificada do DATASUS (2016).

O sexo masculino corresponde a 78,62% (88.183) casos de suicídio contra 21,36% (23.961) do sexo feminino e a faixa etária mais prevalente é dos 30 aos 39 anos com 21,22% (23.800) dos casos de suicídio (TABELA 4).

TABELA 4 – CASOS DE SUICÍDIO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

FAIXA ETÁRIA	MASC.	FEM.	IGNORADO	TOTAL	%
Menor 1 ano	1	0	0	1	0,00
1 a 4 anos	0	1	0	1	0,00
5 a 9 anos	31	8	0	39	0,03
10 a 14 anos	752	633	0	1.385	1,23
15 a 19 anos	5.351	2.152	0	7.503	6,69
20 a 29 anos	19.028	4.317	2	23.347	20,81
30 a 39 anos	19.070	4.727	3	23.800	21,22
40 a 49 anos	15.982	4.653	1	20.636	18,40
50 a 59 anos	12.708	3.791	0	16.499	14,71
60 a 69 anos	8.038	2.179	0	10.217	9,11
70 a 79 anos	4.761	1.060	0	5.821	5,19
Maior de 80a.	2.232	417	1	2.650	2,36
Idade ignorada	229	23	15	267	0,24
TOTAL	88.183	23.961	22	112.166	112.166
%	78,62	21,36	0,02	100%	100%

FONTE: Modificada do DATASUS (2016).

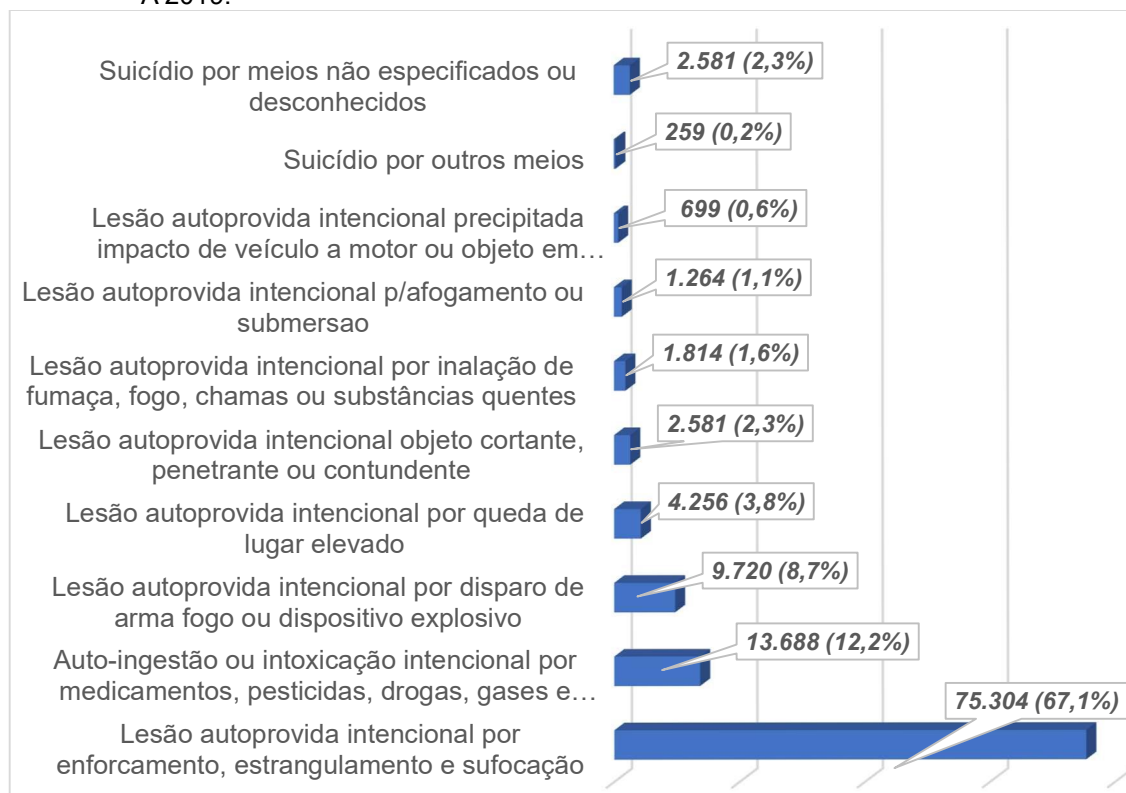
2.4.3 Epidemiologia do suicídio no trabalho

A Organização Mundial da Saúde estima que para cada empregado que se suicida existem de 10 a 20 outros que tentam o autoextermínio e que destes, cerca de 17% permanecem com algum tipo de incapacidade permanente pela gravidade da lesão autogerada (DORAN et al., 2016).

Fato é que existem dificuldades em se conseguir estatísticas exatas de quantos suicídios ocorrem em ambientes laborais, existem apenas cenários fragmentados e algumas estatísticas isoladas, como é a situação dos bancários que segundo o estudo de Finazzi-Santos (2009), ocorreram oficialmente mais 181 óbitos entre 1996 e 2005 (um a cada 20 dias).

Outro dado interessante gerado pelo DATASUS é a demonstração dos métodos utilizados para se consumir o suicídio, a grande maioria dos casos de suicídio teve como agente causador o enforcamento, estrangulamento ou sufocação, correspondendo a 67,1%(75.304) dos 112.166 casos de suicídio ocorridos no período de 2010 a 2019 (GRÁFICO 3).

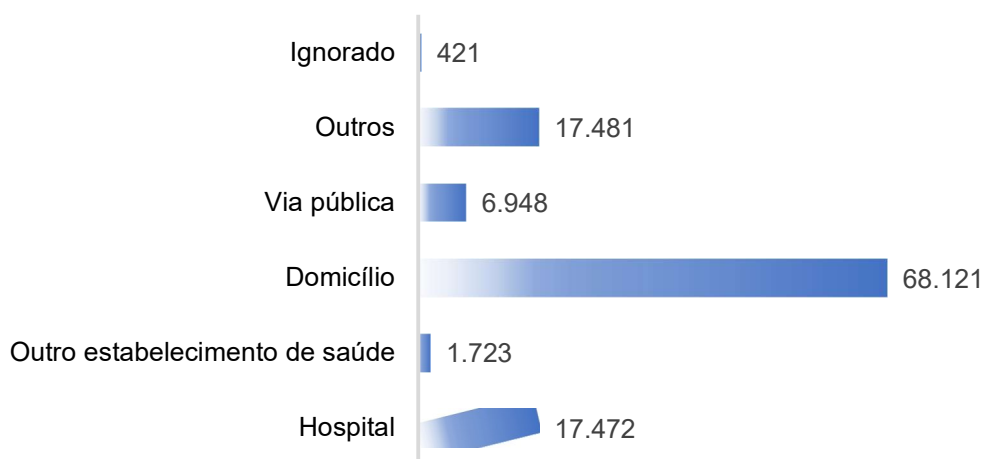
GRÁFICO 3 - MÉTODO USADO PARA A CONSUMAÇÃO DO ATO SUICIDA, NO PERÍODO DE 2010 A 2019.



FONTE: Modificada do DATASUS (2016).

As informações geradas no DATASUS pré-estabelecem, para fins de carregamento da informação, o local de ocorrência do suicídio: 1- Hospital, 2- Outros estabelecimentos de saúde, 3- Domicílio, 4- Via pública, 5- Outros, 6- Ignorados. O local prevalente de ocorrência do suicídio, no período de 2010 a 2019, foi no domicílio com 60,7% (68.121) do número total de casos. Contudo, por não existir a opção: local de trabalho como palco do suicídio, pode haver a possibilidade de os casos de suicídio consumados no local de trabalho estar entre os citados como “ignorados” (421) e/ou “outros” (17.481), que representam um número expressivo de casos.

GRÁFICO 4 – LOCAL DE OCORRÊNCIA DO SUICÍDIO



FONTE: Modificada do DATASUS (2016).

O suicídio no trabalho vem aumentando nos últimos anos, bem como as ocorrências de autoagressão. O Ministério da Saúde em seu boletim epidemiológico de 2017 divulgou estatísticas referentes às tentativas de suicídio no período entre 2011 e 2016. Ocorreram no total de 14.931 casos de tentativas de suicídio entre homens, sendo 102 com relação ao trabalho e 33.269 casos de mulheres, sendo 197 destas também relacionadas à atividade profissional, houve um aumento neste período de 194,7% e 209,5% respectivamente (Brasil, 2017).

2.5 SUICÍDIO E TRABALHO

A atividade do trabalho vem passando por diversas transformações indo muito além de uma simples fonte de remuneração e subsistência, para assumir

diferentes papéis na vida das pessoas, em suas relações sociais, vínculos afetivos, criação da identidade pessoal e profissional, reconhecimento individual e autoestima. É também palco de virtudes, esperanças, anseios e frustrações. Mudanças desta realidade trazem profundos impactos psicossociais para um ser humano em constante transformação (FREITAS, 2011).

Christophe Dejours, professor do *Centre National des Arts et Métiers*, expoente no que ele nominou de Psicodinâmica no trabalho, em sua obra “Suicídio e Trabalho O que fazer?” mostra as consequências danosas dos modelos de gestão organizacionais na França, afirmando que os suicídios ocorridos no ambiente de trabalho transmitem uma mensagem direta para as organizações de trabalho e que deve ser compreendida pelas empresas, mesmo ocorrendo o suicídio uma única vez no ambiente laboral, apresenta-se como situação gravíssima pois aponta como “profunda degradação do conjunto do tecido humano e social do trabalho” (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

Desde os anos 90, os autores referem que esta situação se torna mais aparente com os casos de suicídio no trabalho em países ocidentais. À luz da sociologia, explica que a relação do trabalhador com o ambiente organizacional se transforma em patogênico por três vertentes: 1) Os métodos de gestão são vangloriados em detrimento do trabalho coletivo; 2) O sistema de reconhecimento individual e 3) A percepção de qualidade total. São mudanças que se enraizaram nos conceitos da individualidade, acima de tudo quando baseadas no resultado. Isto aflorou o conflito no senso do coletivo, nas redes de solidariedade, dando espaço para a doença mental e suicídio (DEJOURS, BÈGUE, 2010).

Dejours e Bègue (2010) falam que “a atuação dos autores buscou reconstruir as bases do viver junto e do cooperar. Para tanto, baseou-se em nove princípios”:

- a) as referências teóricas bem dominadas para abordar o campo de pesquisa;
- b) a independência do clínico no encaminhamento e sua ação;
- c) o trabalho de demanda, etapa insubstituível da enquête;
- d) a constituição de uma equipe de intervenção;
- e) a equipe interna de apoio;
- f) o coletivo de pilotagem interno;
- g) as entrevistas individuais;

- h) as entrevistas coletivas;
- i) a enquete como ação.”

Após 18 meses de intervenção, os autores deixam o legado do silêncio do suicídio rompido e o incentivo de atores da empresa a continuarem e aprofundarem a intervenção iniciada (DEJOURS, BÈGUE, 2010).

Segundo Milner (2013) as ocupações menos qualificadas apresentam maior risco de suicídio do que o grupo de nível mais alto de habilidade.

Existem vários contextos teóricos que explicam o papel organizacional na relação entre suicídio e trabalho: 1) dominação e poder, 2) assédio moral, 3) sofrimento psíquico, 4) sentidos do trabalho, 5) controle da subjetividade e 6) manipulação ideológica (SANTOS E SIQUEIRA, 2006; FREITAS, 2011, FARIAS, 2007; DORAN et al., 2016).

Estudos japoneses trazem conceitos de morte por excesso de trabalho (*Karosshi*) e suicídio por excesso de trabalho (*Karojisatsu*), provenientes das exigências de alta performance dos funcionários e excesso de estresse psicológico associado a condições laborais penosas. Estes se tornaram graves problemas de saúde pública no Japão sendo palco de intervenções governamentais (HIYAMA; YOSHIHARA, 2008). Estudo de Takusari do departamento de neuropsiquiatria da *Iwate Medical University* no Japão mostra que aproximadamente 60% da população trabalhadora japonesa têm altos índices de ansiedade ou estresse relacionado ao seu trabalho e que eleva o risco de *Karojisatsu* e *Karosshi* (TAKUSARI et al. 2011).

Neste mesmo contexto, além das fronteiras japonesas, Siqueira (2006) discute que as pessoas cada vez mais estruturam suas rotinas em torno do trabalho e reduzem as outras dimensões fundamentais da vida como, o convívio social e o lazer. As organizações, além do controle disciplinar coercitivo, associam outros mecanismos mais poderosos como a vinculação afetiva do indivíduo com a empresa, fazendo que os objetivos organizacionais sejam incorporados no próprio projeto de vida do sujeito.

Os reflexos psicológicos individuais não são causa única de morte do trabalhador, mas o ambiente laboral pode proporcionar episódios repetitivos traumáticos na vida pessoal, causando colapso e podendo levar ao suicídio (SANTOS; SIQUEIRA; MENDES, 2010).

Muitos estudos demonstram que os fatores de risco relacionados com suicídio no ambiente de trabalho, estão circunscritos, principalmente no que se refere ao baixo controle da demanda de trabalho, monotonia e alta cobrança psicológica (FRESKANICH et al., 2002; OSTRY et al., 2007; TSUTSUMI et al., 2007; WOO e POSTOLACHE, 2008; SCHNEIDER et al., 2011; MILNER et al., 2014).

Os principais fatores psicossociais preditivos de distúrbios mentais na população trabalhadora também foram encontrados nos estudos como: tensão no trabalho, baixa atitude de decisão, pouco suporte social, desequilíbrio no esforço-recompensa (com alto esforço e baixa percepção de satisfação), insegurança no trabalho e por último, como já foi dito, alta demanda psicológica (BONDE, 2008; MILNER et al., 2014).

Uma patologia sindrômica que tem fortes vínculos com o suicídio é a síndrome de esgotamento profissional, mais conhecida como “Síndrome de Burnout”. Ela atinge profissionais que se dedicam de forma intensa ao seu trabalho, criando um quadro de grande sofrimento, advindo do estresse crônico oriundo do trabalho e quando os mecanismos de enfrentamento não são suficientes para minimizar as consequências. A Síndrome de Burnout se caracteriza por: 1) Desinteresse total pelo trabalho; 2) Despersonalização do indivíduo; 3) Exaustão extrema; 4) Queda acentuada do desempenho; 5) Perda do desempenho; 6) Estresse crônico (SELIGMANN, 2006).

É relevante também considerar que o trabalhador operacional está mais sujeito a cometer suicídio do que o trabalhador administrativo, mas o fato de estar empregado por si só, de um modo geral, reduz as taxas de suicídio (GULLESTRUP, LEQUERTIER, MARTIN, 2011).

O caso é que muitas transformações organizacionais ocorreram nos últimos anos devido à crise econômica mundial. As reengenharias trouxeram ao ambiente organizacional novos conceitos de eliminação de custos e otimização da mão de obra, resultando em demissões em massa, fechamento de fábricas, terceirização, fusões, processo que sobrecarregam empregados, disseminou o medo, a competitividade interpessoal, multiplicou as responsabilidades e metas dos trabalhadores (FREITAS, 2011).

Em 2020, o mundo foi apresentado à maior pandemia dos tempos contemporâneos, o que interferiu severamente na rotina das pessoas e nos seus hábitos de vida. Segundo Renato Oliveira e Souza, chefe de saúde mental e abuso

de substâncias da OPAS, "neste ano de 2020 nos encontramos em circunstâncias muito inesperadas e desafiadoras devido ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. O impacto do novo coronavírus provavelmente afetou o bem-estar mental de todos" (OPAS, 2020, p.1). Isso se traduz pelo aumento dos casos de depressão, angústias e ansiedade, especialmente nos trabalhadores do setor da saúde. Este cenário somado aos sentimentos de perda, ao consumo de álcool, ao abuso de substâncias e à questão da violência, acaba por elevar o risco de suicídio (OPAS, 2020).

Ainda se tem muito a aprender sobre o que faz um ser humano decidir por retirar sua própria vida e as relações que isso pode ter com sua atividade profissional. Fato é que o empregado permanece grande parte a sua vida no ambiente laboral e o suicídio por ser causa de morte previsível, seus pródomos devem ser entendidos e combatidos também pelas organizações de trabalho.

2.6 BASES LITERÁRIAS PARA CRIAÇÃO DO MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO

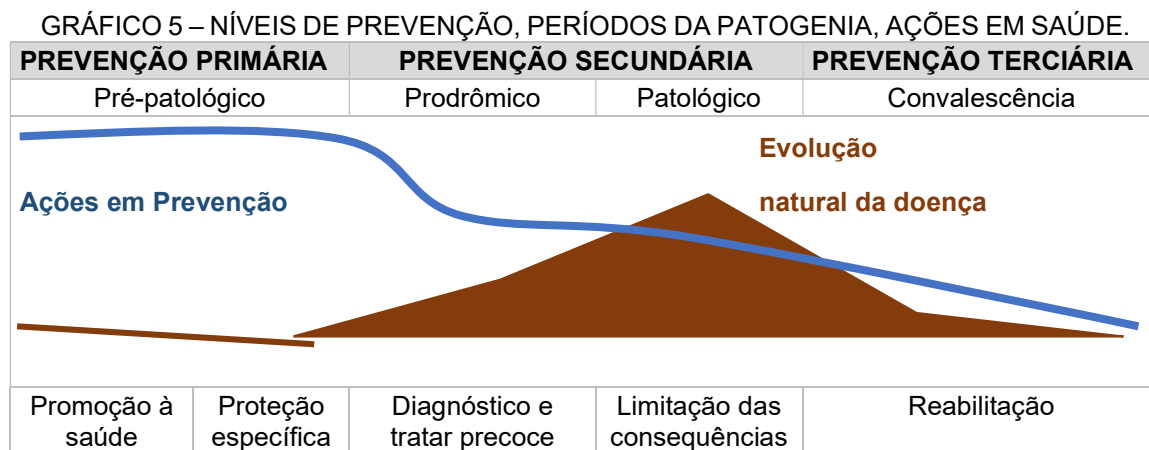
Winslow em 1920 e Sigerist em 1946 foram os primeiros autores a trazerem os conceitos de promoção à saúde, que seguiam quatro vertentes principais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Alguns anos depois, em 1965, Leavell & Clark, formataram um modelo de prevenção em três níveis: primária, secundária e terciária, com base na história natural das doenças (BUSS, 2003).

Em 1965, Leavell e Clark desenvolveram uma metodologia de prevenção que logo foi absorvida pela saúde pública, com fortes repercussões na coletividade. Esta maneira de atuar em prevenção tem como base a história natural e a multicausalidade das doenças. Ela permite atuar com ações preventivas multidisciplinares, mesmo sem levar em conta unicamente, o fator etiológico das patologias (BERTOLOTE, 2012).

O modelo de prevenção de Leavell e Clark propõe um amplo e indiscriminado movimento de ações, sejam preventivas ou curativas, para se evitar o adoecimento ou suas consequências e incapacitações. Para tal, dividem as intervenções em diferentes níveis que vão desde os primórdios da intenção preventiva, como: as mudanças das condições sociais e ambientais que possam

levar ao desenvolvimento de patologias, até intervenções que seriam para amenizar as consequências de doenças que já estão em curso (AYRES, 2009).

Pela fisiopatogenia ou “horizonte da doença” é possível delinear o modelo de prevenção de Leavell e Clark em três dimensões: primário, secundário e terciário que englobam os tempos da doença: período pré-patológico, prodrômico, patológico e de convalescência, conforme Gráfico 5 (BERTOLOTE, 2012).



FONTE: Modificada de BERTOLOTE (2012).

A prevenção pelo método de Leavell e Clark é vista como parte de cada dimensão, mesmo que a doença já tenha se manifestado, com intervenções adequadas a prevenção pode ser interpretada no sentido de impedir o não agravamento ou evitar a progressão de um quadro potencialmente de maior risco.

A prevenção primária se refere à promoção geral da saúde, é a forma inespecífica para promover saúde de maneira ampla e generalizada. Contudo, a prevenção também pode ser proporcionada por combate a um agente patológico específico conhecido, como é o caso dos programas de imunização, as vacinas são escolhidas de acordo com a prevenção de uma patologia específica. Nesta modalidade de prevenção, o objetivo principal é interceptar o agente desencadeador de um processo patológico antes que este atinja a pessoa para torná-la doente (BERTOLOTE, 2012).

A prevenção secundária é determinada pela identificação precoce de qualquer processo patogênico mesmo que ele já tenha se manifestado, podendo assim, impedir sua evolução, agravamento ou incapacidade. Uma vez a doença já instaurada, nesta dimensão, a proposta é detectá-la precocemente para mitigar as consequências (BERTOLOTE, 2012).

A prevenção terciária diz respeito à reabilitação e reintegração do trabalhador com o máximo possível de sua capacidade funcional, em um meio adequado a suas limitações residuais, a fim de evitar recidiva do quadro ou o retorno do ciclo da doença e incapacidade (BERTOLOTE, 2012).

A metodologia de Leavell e Clark também foi alvo de críticas, ou por estar focada no indivíduo, ou por se basear na prevenção por intermédio dos controles nas etapas da doença. A crítica se embasa na limitação de uso deste modelo, pois muitas vezes não existem limites claros quando um fenômeno deixa de ser normal para se tornar patológico, principalmente no campo comportamental (BERTOLOTE, 2012).

Fato é que ao longo dos anos, o modelo de níveis de prevenção de Leavell e Clark foi sofrendo aperfeiçoamentos e adaptações, superando as dificuldades iniciais e sendo mundialmente utilizado nos programas de prevenção e nas estratégias de formação do conhecimento nas diversas áreas da saúde (AYRES, 2009; ROUQUAYROL et al., 2003; LESER, 2002; BEAGLEHOLE, 1994).

Outro marco importante nos conceitos de prevenção de saúde ocorreu em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com a Carta de Ottawa.

“...promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social... nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (BRASIL, 1986).

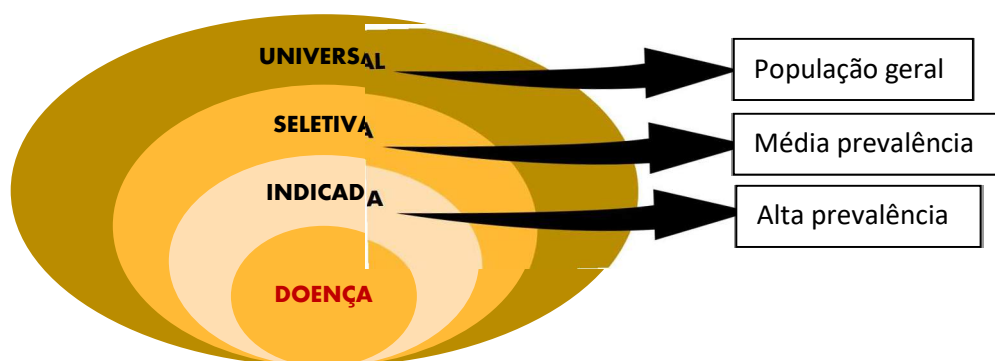
A Carta de Ottawa enfatiza a importância das cinco estratégias fundamentais para a promoção de saúde plena: 1) ter política pública, 2) promover um ambiente saudável, 3) reforçar ações comunitárias, 4) desenvolver habilidades pessoais e 5) reorientar o serviço de saúde. A Carta de Ottawa traz a relevância social no conceito de saúde individual e populacional, fazendo-se uma vertente fundamental, direcionadora das políticas de promoção à saúde em todo o mundo (HEIDMANN, 2006).

Gordon, em 1987, também se dedicou para a metodologia de prevenção e criou uma sistemática preventiva baseada em níveis de risco, onde se trata a

probabilidade de um determinado indivíduo ou coletividade em desenvolver um problema específico.

Desta maneira a prevenção de Gordon abrange três dimensões: 1) de âmbito “Universal”, 2) outra “Seletiva” e a última de forma específica, chamada de 3) “Indicada” (FIGURA 3).

FIGURA 3 – TIPOS DE PREVENÇÃO DE GORDON E SUAS RESPECTIVAS ABRANGÊNCIAS POPULACIONAIS.



FONTE: O autor (2019).

A prevenção “Universal” de Gordon está voltada para uma população inteira, um grande universo, indiferentemente do tipo de relação que este coletivo tenha com o risco de desenvolvimento de alguma doença. Como, por exemplo, o setembro amarelo, um mês de ações voltadas para se combater o suicídio de forma ampla e inespecífica, como modo de prevenção geral de âmbito populacional.

A prevenção “Seletiva” abrange populações ou indivíduos que apresentam alguma relação precursora ou desencadeante de um determinado problema, mesmo que ainda não sejam denominadas como patopneumônico ou população alvo para esta doença. Um exemplo deste nível seletivo de prevenção, quando se trata de suicídio, são ações direcionadas para controle das doenças mentais, como: depressão, esquizofrenia e dependência química, pela estreita relação destas patologias com o ato suicida.

Na prevenção “Indicada”, as populações apresentam relação direta da doença com um agente causador, sabidamente desencadeador do processo patológico e com forte vínculo de resultado.

Existem outras metodologias aplicadas para desenvolvimento de programas ou ações na prevenção de patologias, que valem também ter suas considerações

neste capítulo, mas estas têm amplitudes metodológicas focadas e se fundamentam mais na forma de agir.

Um exemplo disso é o método chamado de SUNDAR, metodologia voltada inicialmente para terapeutas familiares se tornarem ativos na comunidade em saúde mental global (GMH) e prevenção de suicídio (PATTERSON, EDWARDS, VAKILI, 2017). As dimensões do método de SUNDAR são orientadas pelas seguintes diretrizes:

S – (*Simplify*) Simplifique as mensagens

UN – (*Unpack*) Facilite as intervenções complexas de saúde

D – (*Deliver*) Direcione os cuidados onde é necessário

A – (*Affordable*) Acesso aos recursos humanos deve estar disponíveis

R – (*Reallocate*) Realoque os especialistas

Na perspectiva do ambiente organizacional, as iniciais significam: (S) engajar pessoas multiplicadoras, facilitar a comunicação; (UN) Prestar assistência onde as pessoas estão, facilitar o atendimento e o acesso a saúde; (D) Entender os grupos de risco e atuar nas prevalências; (A) treinar e supervisionar os outros para prestar cuidados; e (R) prestar atenção especial ao custo e sustentabilidade ao criar novos modelos de tratamento.

Charles (2015) fornece um exemplo de implementar os princípios do SUNDAR em um estado afetado por conflitos. Ele observa que esta metodologia, no caso da terapia familiar tradicional, não funcionaria em muitos cenários pós-conflito, onde existem legados de tortura, perda devastadora e injustiça (PATTERSON, EDWARDS, VAKILI, 2017).

A Organização Mundial de Saúde também formulou estratégias preventivas para vários setores com alvos específicos. A partir da década de 90, a OMS começou a dar mais importância ao tema suicídio, reconheceu como um problema de saúde pública e formatou recomendações das abordagens dos programas de prevenção. De uma forma geral, a OMS orienta que as estratégias de contenção ao suicídio, devem contemplar:

- a) Programas que sejam abrangentes e multissetoriais.
- b) Conscientização da população em questão.
- c) Que as divulgações pelas mídias sejam responsáveis e adequadas.

- d) Redução do acesso aos meios letais.
- e) Programas em escolas.
- f) Que os transtornos mentais tenham detecção precoce e orientação de tratamento, principalmente a depressão.
- g) Pessoas que têm dependência química (álcool e drogas).
- h) Atenção às pessoas que sofrem de doenças que geram incapacidade ou dor.
- i) O acesso facilitado aos serviços de saúde mental.
- j) Avaliação e acompanhamento dos casos de TAE.
- k) Apoio aos familiares enlutados
- l) Pronta intervenção psicossocial para pacientes em crise.
- m) Políticas de promoção de qualidade de vida no trabalho.
- n) Treinamento de prevenção ao suicídio e abordagens afins para os profissionais de saúde.
- o) A manutenção atualizada das estatísticas de Suicídio e TAEs
- p) Análise contínua da efetividade das ações estratégicas adotadas (JENKINS, 2009; BOTEGA, 2015)

Ao longo dos anos, o termo saúde foi alterando o seu significado e seus valores, exigindo uma compreensão ampla de todas as variáveis na qual ela está envolvida, no tempo e no espaço em que ela se faz presente. De uma maneira geral, estas metodologias são modalidades para orientar, organizar as diversas formas de atuar em prevenção e devem ser usadas de forma estratégica nos programas coletivos de promoção à saúde.

Como menciona Neury José Botega (2015) para se prevenir suicídio deve-se melhorar todas as formas e condições de sofrimento humano.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DA PESQUISA

Este estudo é exploratório, descritivo, qualitativo, realizado por meio de revisão narrativa e tipo pesquisa-ação (GIL, 1991; TRIPP, 2005; PICHETH, 2016). Baseia-se em 3 etapas de evolução, com dois artigos enviados para publicação que foram subprodutos desta pesquisa.

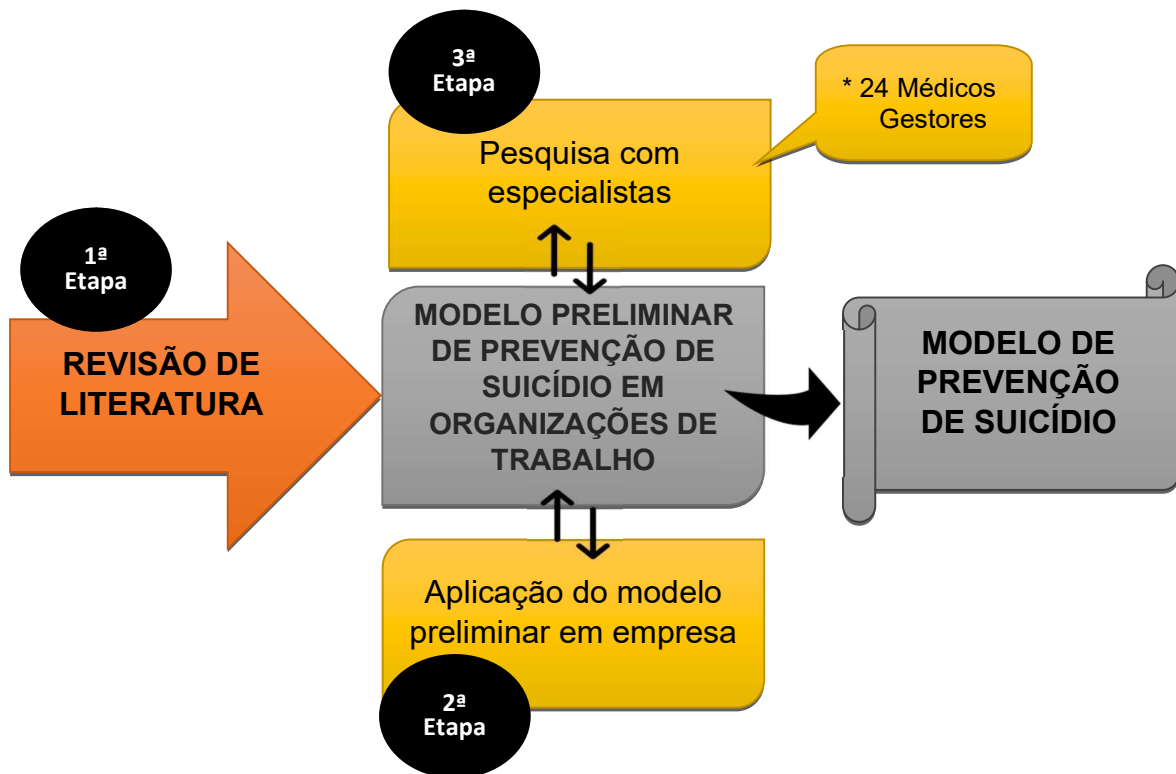
3.2 COMITÊ DE ÉTICA

Houve aprovação do comitê de ética para esta tese (sob o número CAAE: 13106719.2.0000.0102). Existem dois estudos que apoiam esta tese, o primeiro artigo intitulado “Ações em saúde mental em organizações de trabalho: um estudo aplicado” (sob o número CAAE: 23671419.4.0000.0020). O segundo artigo tem o título “Percepções dos especialistas em medicina ocupacional sobre prevenção de suicídio nas organizações de trabalho” (sob o mesmo CAAE da tese). Os estudos foram realizados e formalizados seguindo os preceitos éticos de sigilo e confidencialidade.

3.3 APRESENTAÇÃO DO MÉTODO

Este estudo foi dividido em três momentos: a etapa inicial com revisão da literatura, no intuito de obter conhecimento teórico sobre suicídio, sendo o substrato para o modelo preliminar de prevenção. A segunda etapa, com a aplicabilidade deste modelo em uma empresa multinacional de grande porte, que trouxe experiência prática para o modelo teórico. A terceira e última etapa, houve uma pesquisa de opinião com 24 especialistas em medicina ocupacional com experiência em saúde mental, selecionados por conveniência devido aos seus campos de atuação. As percepções e conhecimento obtidos nas três etapas organizaram o modelo final de prevenção de suicídio proposto ao longo desta tese. A Figura 4 apresenta o desenho metodológico desta pesquisa.

FIGURA 4 - DESENHO DA METODOLOGIA DA TESE



FONTE: O autor (2019).

3.3.1 Etapa 1 – Metodologia da revisão da literatura

Este estudo por ser uma revisão narrativa, apesar de não utilizar critérios explícitos e sistemáticos de busca e análise crítica da literatura, envolveu 88 estudos entre livros, programas estruturados e artigos sobre fatores que tratam sobre prevenção de suicídio sejam na população em geral ou em locais de trabalho.

Foi realizada revisão de literatura com busca nas bases de dados das plataformas: *SciELO*, *Scopus*, *Web of Science*, *Google academic*, *Directory of Open Access Journals (DOAJ)*, *Wiley Online Library*, *Pubmed*, com o uso dos descritores: “suicídio” and “prevenção” and/or “local de trabalho” nos idiomas português e inglês.

Os critérios de inclusão foram: 1) estudos aplicados em humanos adultos, 2) escritos em qualquer idioma, 3) em qualquer ano de publicação até 22 de março de 2021 e 4) estudos pertinentes à medicina (psiquiatria, medicina geral, medicina do trabalho), saúde coletiva, enfermagem, psicologia e sociologia. Os critérios de exclusão foram os estudos que não apresentaram o termo suicídio, prevenção e ou trabalho no seu título ou resumo ou que não tinham pertinência com o tema prevenção de suicídio em adultos.

Os artigos foram classificados de acordo com a relevância do conhecimento para a formação conceitual do modelo. Dividiram-se os estudos que continham informações sobre prevenção de suicídio voltada para a população geral e outros que eram específicos para os coletivos de trabalho, conforme o Quadro 1.

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS PELAS CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO-ALVO
(continua)

Título original do estudo	Autores	Ano	População alvo do estudo
<i>Sustainability and Outcomes of a Suicide Prevention Program for Nurses</i>	Davidson, J. E. et al.	2020	Ambiente laboral
Depressão e suicídio: uma correlação	Assumpção, G. L. S.; Oliveira, L. A.; Souza, M. F. S. de	2018	População geral
<i>Religious Activities and Suicide Prevention: A Gender Specific Analysis.</i>	Stack, S.	2018	População geral
<i>Suicide prevention gatekeeper raining in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study.</i>	Terpstra et al.	2018	Ambiente laboral
O suicídio como questão de saúde pública	Teixeira, S. M. de O.; Souza, L. E.C.; Viana, L. M. M	2018	População geral
<i>Firearm suicide: pathways to risk and methods of prevention</i>	Houtsma, C., Butterworth, S.E., Anestis, M.D.	2018	População geral
Agenda estratégica de prevenção de suicídio	OPAS	2017	População geral
<i>Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review</i>	Pospos, S.	2018	Ambiente laboral
Intervenções em Assédio Moral e Organizacional.	Soboll, L. A. P.	2017	Ambiente laboral
Durkheim e o vínculo aos grupos: uma teoria social inacabada. Sociologias	Paugam, S.	2017	População geral
<i>Depression Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis in the United Kingdom</i>	Jacob, L.; Rockel, T.; Kostev, K.	2017	População geral
<i>Men's mental health: Spaces and places that work for men</i>	Ogrodniczuk et al.	2016	Ambiente laboral
Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil	Felix, T. et al.	2016	População geral
<i>Mediation Analysis: A Practitioner's Guide</i>	VanderWeele et al.	2016	População geral
Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa	Aquino, T.A.A.; Caldas, M.T.; Pontes, A.M.	2016	População geral
<i>Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence from a Cross-Sectional Survey of Working Australians.</i>	Milner, A.; Page, K.; Witt, K.; Lamontagne, A.	2016	Ambiente laboral
<i>Individual and environmental contingencies associated with multiple suicide attempts among U.S. military personnel.</i>	Bryan, C. J.; Rudd, D.; Wertemberger E.	2016	Ambiente laboral
O luto por suicídios: uma tarefa da posvenção	Fukumitsu, K. O. et al.	2015	População geral

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS PELAS CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO-ALVO
(continuação)

Título original do estudo	Autores	Ano	População alvo do estudo
Comportamento suicida entre dependentes químicos	Cantão, L. Botti, N.C.L.	2015	População geral
<i>Comorbidity in detoxification: symptom interaction and treatment intentions.</i>	Vella, V.E.; Deane F.P.; Kelly, P.J.	2015	População geral
<i>Recency of Divorce, Depression, and Suicide Risk</i>	Stack, S.; Jonathan S.	2015	População geral
<i>Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities</i>	Milner, A. et al.	2014	Ambiente laboral
Suicídio: informando para prevenir	ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria	2014	População geral
<i>Cognition in schizophrenia: Past, present and future. Schizophrenia Research,</i>	Green, M.; Harvey, P. et al.	2014	População geral
<i>Exploring prospective predictors of completed suicides: evidence from the general social survey.</i>	Feigelman et al.	2014	População geral
<i>Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor</i>	Kleiman, E.M.; Liu, R.T.	2014	População geral
<i>The mental health comorbidities of diabetes</i>	Ducat, L.; Philipson, L.H.; Anderson, B.J.	2014	População geral
Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental	Fernandes, M.A.; Marziale, M.H.P	2014	Ambiente laboral
Bipolar disorder and substance abuse: pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitization.	Post, R.M.; Kalivas, P.	2013	População geral
Percepção de estresse: associação com a prática de atividades físicas no lazer e comportamentos sedentários em trabalhadores da indústria	Farah, B.Q.	2013	Ambiente laboral
<i>Factors associated with quality of life after attempted suicide: a cross-sectional study</i>	Shu-May Wang. R.N. et al.	2013	População geral
<i>Fostering Worth and Belonging: Applying the Interpersonal Theory of Suicide to the Workplace</i>	Boccio, D. E.; Macari, A. M	2013	Ambiente laboral
<i>Karoshi: a morte súbita pelo excesso de trabalho.</i>	Chehab, C. H.	2013	Ambiente laboral
<i>Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention?</i>	De Leo, D. et al	2013	Ambiente laboral
<i>The role of co-workers in preventing suicide</i>	<i>Suicide Prevention Resource Center</i>	2013	Ambiente laboral
<i>Handbook of Religion and Health.</i>	Koenig, H.G., Dana, K.; Verna B. C.	2012	População geral
Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas	Abreu et al.	2012	População geral
Do Karoshi no Japão á birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado	Silva, M. A. M. et al	2012	Ambiente laboral
Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura	Soboll, L.A.P.; Glima, D.N.R.	2012	Ambiente laboral
<i>Effects of a comprehensive police suicide prevention program</i>	Mishara, B. L.; Martin, N	2012	Ambiente laboral

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS PELAS CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO-ALVO
(continuação)

Título original do estudo	Autores	Ano	População alvo do estudo
O suicídio como acidente de trabalho	Barros-Neto L. R.	2011	Ambiente laboral
Suicídio, um problema organizacional.	Freitas, M.E.D.	2011	Ambiente laboral
<i>The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy.</i>	Schneider et al.	2011	Ambiente laboral
<i>Impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. International.</i>	Gullestrup, Lequertier, & Martin	2011	Ambiente laboral
Tentativas de suicídio de bancários no contexto das reestruturações produtivas	Santos, M.A.F.; Siqueira, M.V.S.; Mendes, A.M	2010	Ambiente laboral
<i>Swiss National Cohort Study. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study</i>	Spoerri et al.	2010	População geral
<i>The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy</i>	Knox, K. L.; Pflanz, S.; Talcott, G. W.; Campise, R. L.; Lavigne, J. E.; Bajorska, A.; Caine, E. D.	2010	Ambiente laboral
Suicídio e trabalho: o que fazer?	Dejours, C.	2010	Ambiente laboral
<i>Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings</i>	Takada, M.; Shima, S.	2010	Ambos
Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso.	Santos et al	2010	Ambiente laboral
<i>Patients suicide: Epidemiology and prevention.</i>	Martelli, Awad, & Hardy	2010	População geral
A dinâmica familiar no contexto da crise suicida	Krüger, L. L.; Werlang, B. S. G.	2010	População geral
<i>The suicide of Ajax: A note on occupational strain as a neglected factor in suicidology</i>	Stack, S.	2009	Ambiente laboral
<i>The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications.</i>	Woo e Postolache	2008	Ambiente laboral
<i>Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study.</i>	Bernal, M. et al	2007	População geral
Análise crítica das teorias e práticas organizacionais	Farias, J. H.	2007	Ambiente laboral
<i>The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers</i>	Ostry et al.	2007	Ambiente laboral
<i>Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study.</i>	Tsutsumi, A., Kayaba, K., Ojima, T., Ishikawa, S., Kawakami, N.	2007	Ambiente laboral
Morte por excesso de trabalho (Karoshi)	Carreiro, L.	2007	Ambiente Laboral
Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors.	Sudak, D. et al.	2007	População geral
Prevenção do comportamento suicida	Botega, N	2006	População geral
Fronteiras da ciência e da Fé	Savioli, G.	2006	População geral

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS PELAS CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO-ALVO
(conclusão)

Título original do estudo	Autores	Ano	População alvo do estudo
Sofrimento no trabalho e imaginário organizacional: ideiação suicida de trabalhadora bancária.	Santos, M.A.F.; Siqueira, M.V.S.; Mendes, A.M	2006	Ambiente laboral
<i>Suicide prevention strategies: a systematic review</i>	Mann, J.J. et al	2005	Ambos
Curando corações	Savioli, G.	2004	População geral
<i>I gave at the office, but did I give enough? Handling traumatic events. Health Promotion Practice</i>	Goldman, K. D.; Schmalz, K. J.	2003	Ambiente laboral
<i>Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective</i>	Bertolote, J. M.; Fleischmann, a.	2002	População geral
<i>Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah.</i>	Hilton, S.C., Gilbert W. F.; Joseph L. L.	2002	População geral
<i>Stress and suicide in the Nurses' Health Study</i>	Freikanich et al.	2002	Ambiente laboral
<i>Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment</i>	Arnold, R. F. et al	2002	População geral
<i>Qualidade de Vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas.</i>	Vasconcelos, A. F.	2001	Ambiente laboral
Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária	OMS	2000	População geral
<i>The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older.</i>	Nisbet, P A.; Paul R. D.; Yeates, C.; Larry, S.	2000	População geral
Suicídio: um ensaio em busca de um desvelamento do tema	Sampaio e Boemer	2000	População geral
<i>Prevention suicide: a resource for media professionals.</i>	OMS	2000	População geral
Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores	Mendes, A. M.	1999	Ambiente laboral
Portaria 1339. Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (grupo V da cid-10).	Brasil	1999	Ambiente laboral
<i>Psychological stress in the workplace.</i>	Lazarus, R. S.	1995	Ambiente laboral
O Suicídio – Um Estudo Sociológico.	Durkheim, E.	1982	População geral
<i>Suicide and occupation: a review.</i>	Bedeian, A.G.	1982	Ambiente laboral
<i>Pathways to Suicide: A Survey of Self Destructive Behaviors</i>	Maris, R. W.	1981	População geral
<i>When cops crack up</i>	Langone, J.	1981	Ambiente Laboral
<i>Running as treatment for depression.</i>	Greist et al.	1978	População geral
<i>The running meditation response: An adjunct to psychotherapy</i>	Solomon Bumpus	1978	População geral
<i>Psychological effects of jogging: a preliminary study</i>	Lion, L.S.	1978	População geral
<i>Folkens CH. Effects of physical training on mood</i>	Folkens, C. H.	1976	População geral
<i>Physical fitness; a key to emotional health</i>	Stubbert et al.	1975	População geral
<i>Treatment of a situational phobia: A case for running</i>	Orwin, A.	1974	População geral

FONTE: O autor (2021)

As informações advindas da revisão de literatura formaram um modelo preliminar de prevenção de suicídio para as organizações de trabalho que é explorado posteriormente no item 5.1 (CAPÍTULO 5). O modelo preliminar proposto viabilizou a continuidade deste estudo e o aperfeiçoamento posterior com as experiências adquiridas nas etapas subsequentes, chegando ao objetivo final deste estudo, o modelo estratégico de intervenção em suicídio para organizações de trabalho, descrito no item 5.2 (CAPÍTULO 5).

3.3.2 Etapa 2 – Metodologia da aplicabilidade do modelo preliminar

Nesta etapa a pesquisa foi um estudo aplicado, qualitativa, descritiva e exploratória, tipo pesquisa-ação. O estudo desta etapa² ocorreu no interior de uma empresa multinacional de grande porte localizada na região de Campo Largo, Paraná, Brasil, com 700 funcionários, de setembro de 2019 a março de 2020.

Para esta parte do estudo, o modelo preliminar sugerido de prevenção de suicídio foi adequado às condições socioculturais e respeitando a dinâmica de trabalho da empresa. A análise dos resultados envolveu a participação dos funcionários e os indicadores de consulta médica e absenteísmo por doença mental.

Para a adequação da aplicação do modelo preliminar na empresa, foram considerados os três turnos de trabalho e os horários de troca de turno, fazendo ações nos horários de interseção com participação voluntária dos trabalhadores.

As análises foram realizadas pelo por estatística descritiva por meio das porcentagens dos valores parciais pelos totais do absenteísmo, mês a mês.

3.3.3 Etapa 3 – Metodologia da pesquisa com especialistas

Para esta etapa³ se usou uma pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa e transversal (FLICK, 2013; GIL, 1991).

Seu estudo teve como objetivo compreender quais são as percepções e experiências práticas dos médicos especialistas sobre prevenção do suicídio no

² Esta parte da pesquisa está aprovada no Comitê de Ética, sob o número CAAE: 23671419.4.0000.0020.

³ Aprovada pelo comitê de ética sob o número CAAE: 13106719.2.0000.0102

local de trabalho e descrever o que foi realizado para identificar e prevenir o comportamento suicida.

Realizou-se a pesquisa por meio de formulário (Apêndice 1) enviado por plataforma eletrônica para 32 médicos especialistas em medicina ocupacional com experiência em saúde mental do trabalhador. Selecionados por conveniência pelas suas experiências no tema e pelos seus campos de atuação profissional. A amostra foi formada por médicos do trabalho de várias regiões do Brasil, com experiência em saúde mental e prevenção de suicídio. Realizada por técnica não probabilística, tipo “bola de neve”, os entrevistados iniciais foram os médicos gestores de conhecimento do autor.

No que se refere ao tamanho da amostra, segundo Flick (2008), quando o interesse é comparar as opiniões ou experiências dos participantes de um determinado assunto, devem-se levar em conta, critérios interiores e exteriores do estudo, tempo de coleta dos dados e acesso aos especialistas. Portanto, este número sempre é palco de discussão e polêmica, mas esclarece que quando existem entrevistas com peritos especialistas, pela limitação do grau de especialização exigida dos respondentes, às vezes é difícil pensar em mais de dez pesquisados.

Sabe-se que a partir de um determinado número de entrevistados pode haver uma saturação de informações (SMALL, 2009). Ben Baumberg, da *University of Kent at Canterbury* em sua pesquisa descreve que após cerca de 25 entrevistas, encontrou os mesmos fenômenos repetidamente (BAKER, 2012).

Adler e Adler (1987) são mais objetivos, levando em conta todas as variáveis discutidas em seu estudo, resumem que uma amostragem entre 12 e 60, sendo que a média de 30 seria suficiente para uma pós-graduação.

A partir destes esclarecimentos sobre a composição da amostra, os critérios de inclusão foram: 1) participantes que atuassem como médicos do trabalho, 2) participantes que tivessem conhecimento de programas de saúde mental e ou prevenção de suicídio e 3) ser voluntário e concordar com o termo de conhecimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram os médicos do trabalho que declararam não ter experiência ou vivência em programas de saúde mental no trabalho.

Dos 32 formulários enviados, houve retorno de 24 respondentes, que foram tabulados e analisados de forma descritiva pelo software *office excel®* e pelas

tabulações do *SurveyMonkey*®. As variáveis aleatórias foram analisadas pelo *software* SPSS, o teste de Shapiro-Wilk mostrou padrão não-paramétrico com $p < 0,01$ e nas variáveis comparativas foram utilizados o teste Q de Cochran e o teste de Wilcoxon.

Os resultados vieram a agregar no modelo preliminar de prevenção de suicídio e serviram de aprimoramento do modelo final deste estudo.

4 PILARES DO MODELO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos nas três etapas que estruturaram o substrato do modelo final de prevenção de suicídio no trabalho.

A revisão de literatura serviu para a formação de um modelo preliminar de prevenção de suicídio. Este foi aplicado em uma organização de trabalho na forma de um programa de promoção de saúde do trabalhador, que trouxe experiências práticas das atividades do modelo preliminar.

Por fim, realizou-se uma pesquisa de opinião com médicos especialistas, enriqueceram as percepções iniciais do modelo preliminar e finalizou-se com o silogismo da organização do modelo final de prevenção de suicídio no trabalho, que é o objeto deste estudo.

4.1. RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Fazem parte desta revisão 88 estudos, todos tem relação com a temática de “prevenção de suicídio no trabalho”, os artigos trazem reflexões sobre ações, intervenções, fatores ou situações que influenciam no risco do comportamento suicida. Desta maneira, de acordo com os resultados dos estudos elencados, suas premissas foram agrupadas em seis dimensões que organizam esta revisão narrativa e a formação do modelo preliminar (item 4.2).

4.1.1 Apoio e controle das doenças mentais.

Este agrupamento de ações se refere à influência das doenças mentais no risco de suicídio e como o gerenciamento destas, podem mitigar o risco do autoextermínio (OGRODNICZUK et al., 2016; ABP, 2014; GREEN; HARVEY, 2014; BARROS-NETO, 2011; BERTOLETE; FLEISCHMANN, 2002; SANTOS; SIQUEIRA, 2006; FUKUMITSU, 2015; SANTOS, 2010; MANN, 2005; OMS, 2000; BERNAL et al., 2007; ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Botega et al (2006) afirmaram que cerca de 97% das mortes por suicídio ocorreriam por doença mental.

O departamento de saúde mental da organização mundial da saúde formatou um manual para orientações sobre transtornos mentais e risco de suicídio

para profissionais da atenção básica em saúde. Este manual descreve os principais fatores de risco de relação com suicídio, entre estes, as patologias mentais são as de principal relevância, entre estas, destacam-se: 1) todas as formas de depressão; 2) transtorno de personalidade (alterações frequentes de humor, comportamento antissocial, impulsividade e, agressividade); 3) alcoolismo (e/ou abuso de substância química em adolescentes); 4) esquizofrenia e 5) transtorno mental orgânico. (OMS, 2000).

Segundo Fukumitsu et al (2015), 15% dos que apresentam depressão grave cometem suicídio, não obstante, a esquizofrenia, o transtorno bipolar também são patologias que estão diretamente relacionadas ao risco de suicídio (ABP, 2014).

Reforçando o papel da relação da doença mental no suicídio, o estudo de Bertolote e Fleischmann (2002), registra 15.629 suicídios entre os anos de 1959 a 2001, demonstrando que mais de 90% das mortes autogeradas tinham um diagnóstico de algum tipo de transtorno mental.

A depressão é uma das patologias que mais está associada ao risco de suicídio. É um transtorno de humor ou afetivo que, por vezes, não consegue simplesmente melhorar por conta própria. O indivíduo, pelo receio de ser estigmatizado, pode vir a passar meses ou anos em sofrimento antes de procurar ajuda especializada, podendo assim, acarretar consequências mais sérias (BARROS NETO, 2011).

A depressão é uma doença muito prevalente. Estima-se que entre 6% a 8% da população fará pelo menos um episódio em um ano. Ao longo da vida, até 25% das mulheres e até 10% a 12% dos homens também farão pelo menos um episódio depressivo. É uma doença que tende a ser crônica e recorrente, particularmente quando não tratada podendo ser importante fonte de incapacidade. Segundo a OMS, é a segunda mais importante causa de incapacidade no mundo. (ABP, 2014, p. 32).

A tendência da pessoa em depressão é generalizar ideias ruins e negativas, inferiorizando-se em suas condições, pode levá-la a situação de desesperança, sentimento de desamparo e constrição de pensamentos, promovendo solo fértil para o desencadeamento das fases do autoextermínio (BARROS-NETO, 2011).

Já em relação à esquizofrenia, observa-se que, com o agravamento do quadro, notam-se limitações severas nas funções cognitivas, principalmente na memória, na atenção, no processo de compreensão, aprendizagem e resolução de

problemas (GREEN; HARVEY, 2014). Essas limitações estão relacionadas a perdas sociais importantes e isolamento, sendo responsável por 11% dos casos de suicídio (ABP, 2014).

Sobre as possibilidades de tratamento, Ogrodniczuk et al. (2016) trazem a reflexão de uma iniciativa canadense de desenvolver abordagens inovadoras para tratar as doenças mentais em homens. Este estudo refere que os homens apresentam maneiras distintas de interpretação dos sinais e sintomas da doença mental e isso se reflete na resistência em procurar a ajuda médica, pois acreditam que estes sentimentos estão relacionados a fraquezas e falhas de personalidade. Esta é uma hipótese explicativa das razões pelas quais os homens recebem menos diagnósticos de depressão, mas são prevalentes na ocorrência de suicídio.

Neste sentido, foram realizadas ações com linguagem voltadas especificamente para o sexo masculino no tratamento da doença mental, na tentativa de diminuir o estigma e de permitir o envolvimento adequado ao tratamento. Utilizaram-se recursos *on-line*, de narrativas e fotos, daqueles que foram tocados pela perda de uma pessoa do gênero masculino em suas vidas, com comunicação atendendo às preferências masculinas de autossuficiência e autogerenciamento. Ao mesmo tempo, os autores propuseram mensagens para que os homens se conectassem com ajuda profissional, bem como ações que oferecessem um lugar para se compartilhar companheirismo, aprender uns com os outros e manter as mãos e mentes ocupadas com oficinas de atividades. O conjunto destes projetos, programas e serviços proporcionou oportunidades para avaliar e disseminar abordagens inovadoras para lidar com a epidemia silenciosa da doença mental masculina no Canadá (OGRODNICZUK, OLIFFE, KUHL, GROSS, 2016).

A exasperação psíquica do trabalhador não é a causa única primeira de morte, referindo que episódios traumáticos comportamentais ocorridos no ambiente laboral podem proporcionar reflexos na vida pessoal levando ao colapso e podendo levar ao suicídio no trabalho (SANTOS, 2010).

O ambiente do trabalho vai além das necessidades de subsistência do ser humano, é palco também de suas manifestações sócio psicoculturais dando oportunidade de ações de prevenção e ou contenção das doenças mentais, para isso, é necessário: diagnóstico precoce dos transtornos mentais, acompanhamento da evolução destas doenças, promoção de saúde emocional, adequações organizacionais em prol de um trabalho digno e meritório ao trabalhador.

4.1.2 Combate a dependência química.

Muitos estudos demonstram a relação da dependência química e o colapso psíquico do paciente, podendo levar ao suicídio (FELIX JR, 2016; CANTÃO; BOTTI, 2016; BOTEAGA, 2015; POST; KALIVAS, 2013).

De acordo com estudos desenvolvidos pelo Centro de Tratamento a toxicodependentes na Austrália de 50% a 75% das pessoas que procuram tratamento por abuso de álcool e outras drogas, tem fortes probabilidades de desenvolverem uma sintomatologia psicopatológica (VELLA; DEANE; KELLY, 2015).

Existem múltiplas razões para o início do consumo de substâncias psicoativas, podendo variar entre os indivíduos, até ao longo do curso de vida de um mesmo indivíduo. Razões como por exemplo, o relaxamento, esquecimento de problemas do quotidiano, procura de um estado “levado”, efeitos de prazer, norma cultural em algumas subculturas, “automedicação” para ansiedade, fobia social, timidez, insônia, sintomas de doença psicótica e prevenção do desenvolvimento de sintomas de abstinência. Há evidências do aumento da vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoativas em indivíduos que já apresentam história familiar de abuso destas substâncias. Por sua vez, a sensibilidade para o consumo de substâncias psicoativas também pode ser explicada através de um reflexo de uma infância difícil, sendo sujeito a vários estressores que possam precipitar a busca por drogas e perpetuá-la na vida adulta (POST & KALIVAS, 2013, p.8).

Botega (2015) em seu livro “Crise Suicida” cita os tipos de suicídio de Menninger, onde relata que a dependência química leva a um suicídio “crônico”, uma forma de martírio, caracterizada por morte progressiva.

Segundo estudos realizados no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), unidade de referência em saúde mental da região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais, os homens usuários drogas e álcool relataram que o uso destas substâncias exerce forte motivação para o comportamento suicida (CANTÃO e BOTTI, 2016).

De acordo com o relatório da OIT em “Problemas ligados ao álcool e drogas no local de trabalho: uma evolução para a prevenção” (2003), descreve que determinadas condições de trabalho podem promover ou aumentar o uso de drogas. Estas condições seriam: riscos extremos de segurança; trabalho por turnos ou trabalho noturno; trabalho em locais remotos, com deslocamento para longe de casa; alterações nas tarefas ou velocidade de manuseamento do equipamento; conflitos de papéis; cargas de trabalho (excessivas e demasiada reduzida); desigualdade nas remunerações e demais benefícios; tensão psicológica (estresse) relacionada com o emprego; monotonia e

ausência de criatividade; variedade ou controle; comunicações não satisfatórias; insegurança no emprego; e por fim, indefinição dos papéis (FELIX JR, 2016, p. 12).

Na procura de mecanismos de válvula de escape do estresse e da dura rotina do trabalho o uso de substâncias psicoativas se faz presente, formando gradativamente, cenário adverso que leva ao esfacelamento da vida social, laboral, assim como o surgimento de efeitos deletérios cognitivos e orgânicos (FELIX JR, 2016).

As ações que norteiam as intervenções em dependência química dentro das empresas vão desde ações preventivas organizacionais, de forma coletiva, como as abordadas acima por Felix, até a identificação e acolhimento dos funcionários dependentes químicos. De modo a adequá-los em fluxos de tratamento e apoio, para prevenir os gatilhos de estímulos de uso de substâncias de dependência por situações ocorridas no processo de trabalho.

4.1.3 Promoção da melhoria da qualidade de vida e estimulação dos mecanismos de resistência e enfrentamentos.

Este tópico se apoia nos mecanismos de proteção contra o suicídio, encontrados na literatura revisada sobre rede de apoio social. (LAZARUS, 1995; VASCONCELOS, 2001; MENDES, 1999; HILTON et al., 2002; MARIS, 1981; NISBET et al. 2000; STACK, 2009; STACK; SCOURFIELD, 2015; FEIGELMAN et al., 2014; KLEIMAN; LIU, 2014; SPOERRI et al., 2010; VANDERWEELE et al., 2016; SOLOMON; BUMPUS, 1978; LION, 1978; FOLKINS, 1976; GREIST et al., 1979; ORWIN, 1974; STUBBERT et al., 1975; FARAH, 2013; MILNER, 2015).

Muito se tem discutido sobre a influência do estado mental no ato suicida. Um estudo sobre a influência do esporte no estado mental foi realizado no estado de Wisconsin, Madison. Este estudo envolveu 28 pessoas que apresentavam depressão menor ou reativa, mostrando a relação dos efeitos benéficos da corrida como forma de tratamento em comparação com psicoterapia. Concluiu-se que a atividade física foi tão importante quanto eficaz em comparação com a psicoterapia no suporte da melhora do paciente com depressão (GREIST et al., 1978).

A atividade física também tem mostrado efeitos positivos em pacientes psiquiátricos e psicossomáticos, principalmente nos que apresentam hipocondria,

obsessão e agressividade (SOLOMON; BUMPUS, 1978; LION, 1978; FOLKINS, 1976).

A falta do hábito de atividade física regular é reconhecidamente associada a: excesso de peso, tabagismo, hábitos alimentares inadequados, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, estresse e depressão. A maioria dos casos de suicídio está relacionada ao estresse, depressão e outros transtornos mentais. Estudo com trabalhadores industriários concluiu que a exposição ao comportamento sedentário está associada à maior chance de percepção negativa de estresse (FARAH, 2013).

A corrida como forma de modalidade de esporte também tem sido descrita na literatura como tratamento de depressão, ansiedade, estados fóbicos e suas consequências (GREIST et al., 1979; ORWIN, 1974)

Stubbert et al. (1975) descreveu a experiência de um programa de seis semanas de atividade física com múltiplas atividades (natação, tênis, calistenia, alongamentos) para um caso de tentativa de suicídio, houve alteração comportamental, principalmente na socialização e após 9 meses ele havia perdido cerca de 27 kg. o que também impactou positivamente na melhoria da autoestima do paciente.

Outro mecanismo de enfrentamento do risco de suicídio, diz respeito ao desenvolvimento da espiritualidade e religiosidade como forma de combate a ideação suicida, promovendo uma relação protetiva contra o suicídio (HILTON et al., 2002; MARIS, 1981; NISBET et al., 2000; STACK, 2018; STACK, 2009; STACK e SCOURFIELD, 2015). Outros estudos longitudinais prospectivos também concluíram que a religião promove um efeito protetor contra o suicídio (FEIGELMAN et al., 2014; KLEIMAN; LIU, 2014; SPOERRI et al., 2010; VANDERWEELE et al., 2016).

Existem duas principais razões para que a religiosidade atenuie as taxas de suicídio, a primeira é devido à sistemática de crenças que envolvem a fé, a religião e a espiritualidade. A segunda, pela rede social de apoio que se cria ao redor disso (BOTEAGA, 2015).

Koenig e Larson revisaram mais de 68 estudos e identificaram que em 84% apresentaram menores taxas de suicídio nos grupos mais religiosos (BOTEAGA, 2015).

Outros estudos relatam que a espiritualidade e religiosidade promovem saúde por desenvolverem no indivíduo hábitos de vida mais saudáveis, como: evitar os vícios e comportamentos compulsivos (tabagismo, alcoolismo e uso de drogas),

busca por alimentação mais saudável, praticar atividade física, e combate ao estresse (SAVIOLI, 2006; SAVIOLI, 2004; KOENING, 2012). Os autores concluem que essas mudanças produzem mais equilíbrio e harmonia nas pessoas (PEREIRA, 2019, APUD SAVIOLI, 2006; SAVIOLI, 2004; KOENING, 2012).

No que se refere à qualidade de vida, pacientes suicidas com diagnóstico de transtorno bipolar apresentaram escores significativamente mais baixos de qualidade de vida do que os não suicidas (ABREU et al., 2012).

Outro estudo, em 103 taiwaneses que tentaram suicídio nos últimos três meses relaciona o declínio na qualidade de vida, medido pelo formulário de WHOQOL-BREF, com novas tentativas de suicídio (SHU-MAY WANG, 2013).

Arnold (2002, p. 319) estudou 21 pacientes com AIDS, a maioria dos participantes relatou que sua crença religiosa era de “fundamental importância para suportar a abstinência aos vícios, redução dos sintomas depressivos, desejos suicidas e senso de responsabilidade de não transmissão do vírus a outras pessoas”.

Em estudo recente, Trotta et al (2021), demonstrou que a espiritualidade intrínseca aumentou significativamente ao longo dos anos entre 180 estudantes do primeiro ano com o último ano de medicina de uma instituição particular, o que pode trazer melhor sensibilidade do médico no atendimento do paciente com risco de suicídio.

Por fim, Aquino et al. (2016, p. 42) menciona que “Uma espiritualidade autêntica deveria ajudar o ser humano na integração da sua identidade, preservando a sua unicidade e ampliando a autoestima por meio da relação com o transcendente ou o sagrado”. Por este meio, acredita-se que esta relação poderia ajudar a regular as emoções e integrar o ser humano como o todo, dando autodirecionamento e sentido existencial.

4.1.4 Eliminação, substituição ou redução dos fatores de risco ambientais de exposição ocupacionais – controle da higiene ocupacional e ergonomia.

A exposição aos riscos ambientais nos locais de trabalho: risco físico, químico, biológico, ergonômico, de acidentes e psicossociais, interferem na qualidade de vida, bem-estar e na saúde mental do trabalhador, que fazem relação com o risco de suicídio (SANTOS e SIQUEIRA, 2006; FREITAS, 2011, FARIAS,

2007; FRESKANICH et al., 2002; OSTRY et al., 2007; TSUTSUMI et al., 2007; WOO e POSTOLACHE, 2008; SCHNEIDER et al., 2011; MILNER et al., 2014; FERNANDES; MARZIALE, 2014).

Um estudo realizado em 2012, com 163 trabalhadores de 12 categorias profissionais diferentes de um ambiente hospitalar, mostrou que houve correlação estatisticamente significativa, pelo teste de Fischer, das licenças-saúde para aqueles com o risco químico e risco psicossocial (FERNANDES; MARZIALE, 2014)

Nesta dimensão, encontram-se alguns produtos químicos que fazem parte dos processos produtivos de setores econômicos específicos, são psicotrópicos e se relacionam com transtornos mentais, por serem fortes fatores influenciadores no risco de suicídio devem ser combatidos, restritos e controlados dentro das organizações de trabalho que os utilizam.

A portaria nº 1339 de 1999 do Ministério da Saúde classificou os produtos químicos quanto ao potencial desenvolvimento de doenças. Para tanto, ele considera a definição do perfil nosológico da população trabalhadora para o estabelecimento de controles das substâncias que são capazes de fazerem transtornos mentais, entre estas se destacam: sulfeto de carbono, chumbo, manganês, mercúrio, hidrocarbonetos aromáticos (tolueno) e halogenados neurotóxicos (tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano), brometo de metila (BRASIL, 1999) (QUADRO 2).

QUADRO 2 – SUBSTÂNCIAS ENCONTRADAS NOS PROCESSOS PRODUTIVOS QUE CAUSAM TRANSTORNOS MENTAIS

(continua)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Manganês (X49.-; Z57.5) • Substâncias asfixiantes: CO, H₂S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

QUADRO 2 – SUBSTÂNCIAS ENCONTRADAS NOS PROCESSOS PRODUTIVOS QUE CAUSAM TRANSTORNOS MENTAIS

(conclusão)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09-)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Episódios Depressivos (F32.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

FONTE: Brasil (1999).

Estas são substâncias químicas que se procuram eliminar dos processos produtivos ou mesmo substituí-las por outras menos agressivas. Porém, caso isso

não seja possível, merecem atenção clínica periódica com controles com marcadores biológicos específicos, a fim de identificação precoce de exposições ambientais excessivas, proporcionando intervenção o mais breve possível nas consequências mentais que esta exposição pode provocar.

Estes produtos químicos psicotrópicos causam comprovadamente transtornos mentais que podem desencadear ou potencializar o risco de suicídio.

4.1.5 Medidas de combate à violência no trabalho.

Neste tópico, aborda-se a tratativa da literatura sobre assédio moral, psicológico e sexual, com o nome de violência no trabalho sob a ótica da influência dos processos sociais organizacionais nos sentimentos coletivos e individuais (FREITAS, 2011; TERPSTRA, 2018; MILNER, 2016; KNOX, 2010; GOLDMAN e SCHMALZ, 2003, DEJOURS, 2010; DURKHEIM, 1982-2014; CARREIRO, 2007; SILVA, 2012; BOCCIO, 2013; CHEHAB, 2013).

Existem vários contextos teóricos que explicam o papel organizacional na relação entre suicídio e trabalho, seja por: 1) dominação pelo poder, 2) assédio moral, 3) sofrimento psíquico, 4) sentidos do trabalho, 5) controle da subjetividade ou por, 6) manipulação ideológica (SANTOS e SIQUEIRA, 2006; FREITAS, 2011; FARIAS, 2007).

David Émile Durkheim, filósofo, sociólogo francês, em sua obra “O Suicídio” de 1897, mesmo reconhecendo que existem diferentes tipos de suicidas, já defendia o posicionamento de que por traz de toda a ação humana há um fator social coletivo. Assim, não se pode imputar somente ao indivíduo um ato tão radical, que normalmente ocorre em um primeiro momento, quando se procura justificativas para tal catástrofe humana (DURKHEIM, 1982-2014).

Os conceitos de Durkheim quebram o paradigma da época que vinham desde o século XVII, quando sofrendores que se suicidavam eram considerados como um problema moral e individual, sendo algo íntimo e pessoal, para um conceito onde o fator social impõe condições intangíveis ao indivíduo (DURKHEIM, 1982-2014).

A discussão de Durkheim traz o entendimento de quanto alguns funcionários de organizações de trabalho vêm se sentindo oprimidos pelo coletivo, sofrendores

anônimos, ocultando sentimento de medo, vítimas de reestruturações de gestão e de processos controladores do ritmo de produção (PAUGAM, 2017).

Em época mais atual, Christopher Dejours (2010) médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista francês apresenta o suicídio como consequência de uma desestruturação do coletivo no trabalho, devido a: solidão dos trabalhadores contemporâneos, privilégios promovidos pela gestão, intangibilidade da qualidade total exigida para o produto, psicodinâmica do reconhecimento de valor dos métodos ao invés das pessoas.

Dejours (2010) relata que alguns conceitos organizacionais de gestão podem ser trazer conflitos entre pessoas, como a governança por números do poder produtivo das pessoas, tornando os trabalhadores competitivos entre eles, trazendo a quebra das redes de solidariedade interna e conflitos de valores existenciais.

É impossível dissertar sobre sofrimento no trabalho sem citar conceitos de Dejours (2010), ele aponta as crescentes pressões no trabalho como uma forma de violência, sendo agente causal da psicopatologia laboral.

Neste mesmo contexto, surgiu no Japão na década de 1960, o termo Karoshi, que significa morte por excesso de trabalho. Refere-se aos óbitos por patologias isquêmicas coronárias e cerebrovasculares, ligadas ao estresse ocupacional (CARREIRO, 2007). São condições de excesso de trabalho mentalmente nocivo, cursando com alterações neuroendócrinas, agravamento de condições cardiovasculares, fadiga crônica e resultando em esgotamento fatal (SILVA, 2012).

O termo japonês para o autoextermínio é Karojisatsu que atribui o suicídio às pressões do trabalho, devido a exaustão psicológica, geralmente associado à síndrome de Burnout (CHEHAB, 2013).

Desta forma, mesmo por aceitação cultural ou por necessidade profissional, o trabalho pode ser meio de agravo a comorbidades e esgotamento psíquico, seus limites devem ser controlados, respeitando as regras básicas das dimensões da saúde física, social e mental.

A professora Soboll (2017) em seu livro: Intervenções em Assédio Moral e Organizacional, conta que os comportamentos que levam ao assédio moral podem estar diluídos nos processos organizacionais, institucionalizados na forma de políticas e práticas coletivas com repercussões individuais e sociais, desencadeando

este tipo de violência. Defende a análise comportamental da organização e a abordagem psicossocial dos trabalhadores.

Segundo Soboll e Glima (2012), às ações relacionadas ao assédio moral no trabalho não podem ser pontuais ou desconectadas, necessitam de ampla abordagem do problema, acompanhamento criterioso, estratégica na execução das ações, adaptado ao contexto organizacional, histórico e cultural da população em questão.

Segundo Boccio (2013), o ambiente de um estabelecimento de trabalho no qual os empregados se sentem parte valiosa e integrada da empresa, pode fazer com que se eleve a autoestima, alivia os sentimentos de sobrecarga percebida, mitigue os efeitos dos estressores e reduza o risco de comportamento suicida. Isto pode ocorrer quando eles recebem “feedbacks” adequados, quando tem certo grau de autonomia, como cultivo de relacionamentos positivos e rede social de apoio.

4.1.6 Capacitação e treinamento de pessoas, criação de fluxos de acolhimento e tratamento da “crise” suicida precocemente.

Esta dimensão contempla ações de capacitação e treinamento de pessoas, sejam elas da área de saúde atendendo diretamente os funcionários, como também treinamentos na instrução de trabalhadores para abordagem dos colegas de trabalho que sinalizam necessidade de ajuda. Ações de pronto emprego no atendimento para encaminhamento de funcionários necessitados, em: hospitais, clínicas e profissionais especializados, para condução das situações críticas envolvendo as variáveis de risco de suicídio, quando se fizerem necessárias de forma urgente ou eletivas. (GULLESTRUP, LEQUERTIER, MARTIN, 2011; BEDEIAN, 1982; LANGONE, 1981; TERPSTRA, 2018; GRAVES, 2018; SUDAK et al., 2007; DE LEO, 2013; SAMPAIO e BOEMER, 2000; TAKADA, 2010; FINAZZI-SANTOS, 2010; TEIXEIRA, 2018; OMS, 2000; BOCCIO, 2014; BOTECA, 2015; MILNER, 2019).

Neste contexto, Gullestrup et al., (2011) descreveram um estudo envolvendo 9.000 funcionários da construção civil em Queensland, Austrália, no período de abril de 2008 a novembro de 2010. Neste estudo, foram adotadas medidas de intervenções como: 1) treinamentos gerais de conscientizações sobre prevenção de suicídio, chamado GAT com duração de 45 minutos; 2) treinamento específico para

peessoas voluntárias, chamados de conectores, que são considerados como pontos de apoio inicial ao funcionário necessitado. Estes receberam 4 horas de treinamento, obtendo conhecimento e habilidades adicionais na identificação de sinais de alerta de tendências suicidas. Bem como, estratégias para envolver um colega de trabalho e estabelecer se o risco pode estar presente; 3) treinamento de primeiros socorros aos suicidas; 4) gestão dos casos, rede de acompanhamento externo que promove o engajamento do paciente a atendimento especializado; 5) linha direta de ajuda de emergência 24 horas para apoio ao funcionário com risco de suicídio; 6) pós-venção, acompanhamento dos casos de TAE e dos familiares do suicida após meses da ocorrência. Promoção de debates internos entre os funcionários após a ocorrência de um caso de suicídio. A conclusão deste estudo mostrou eficácia e validade social do programa no combate ao suicídio em trabalhadores da construção civil (GULLESTRUP, LEQUERTIER, MARTIN, 2011).

Bedeian (1982) em uma revisão de literatura examina a relação entre ocupação e suicídio em três categorias profissionais: prestadores de serviços em saúde; gestores administrativos e pessoal militar; e, paramilitar. Como conclusões defende: 1) triagem psicológica no pré-admissional para candidatos com risco profissional de suicídio, 2) treinamentos periódicos dos funcionários para controle emocional e identificação dos sentimentos; 3) incentivar procura de ajuda e facilitar o fluxo para atendimento especializado para os funcionários.

O estudo de Boccio et al. (2014) traz importante contribuição para intervenção de combate ao risco de suicídio no ambiente de trabalho, a começar com o modelo SHM – *Safe Haven Model*, treinamento da liderança com base em três objetivos: 1) tornar o ambiente de trabalho atencioso e solidário para com o empregado; 2) instruir a liderança sobre transtornos mentais a fim de identificação precoce e encaminhamento dos empregados que necessitam de ajuda psicológica e 3) orientar a liderança a fim de desmistificar e incentivar uso de serviço de apoio de saúde mental especializado pelo seus trabalhadores quando necessário. A média liderança da empresa são atores importantes devido ao contato direto e frequente com os funcionários e tem a capacidade de influenciá-los à procura de ajuda precoce e tratamento.

Milner et al. (2019) descreveram o uso de uma metodologia chamada MATES empregada nos trabalhadores da construção civil com uso de tecnologia dos *smartphones*. É um programa de prevenção e intervenção precoce com múltiplos

componentes, consistente com a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio da Austrália, que tem como vertente principal o GAT – Treinamento de Conscientização Geral, esta é uma capacitação da liderança e conscientização dos trabalhadores sobre suicídio. Apesar de não conseguir mensurar a eficácia do método, permite ao programa MATES manter contato com os participantes ao longo do tempo e independente do local de trabalho, este é mais uma ação que tem como premissa principal o treinamento de liderança e conscientização dos trabalhadores e apoio de um fluxo de tratamento nos pacientes de risco (MILNER et al. , 2019).

Neste sentido, existem outros métodos de abordagem no esclarecimento e treinamento de pessoas sobre temas que envolvem o comportamento suicida, como o *Together for Life*, programa de prevenção de suicídio para a polícia de Montreal (MISHARA, 2012, p.163) e o programa HEAR, programa projetado para médicos e enfermeiros que detecta o risco de suicídio (DAVIDSON et al., 2020, p. 25). São programas preventivos usados no ambiente de trabalho que buscam intervenção precoce para o paciente de risco.

Entre as diversas ponderações do estudo, Teixeira e colaboradores (2018), ressaltam a importância de treinamento dos profissionais de saúde e todas as outras áreas de conhecimento na prevenção de suicídio para a redução dos índices de tentativa de suicídio.

A OMS (2000) em seu manual de orientação para atendimento e transtornos mentais menciona que a maioria das pessoas com sintomas de transtorno mental e risco de suicídio, não procuram um profissional especializado em saúde mental, mesmo em países desenvolvidos. Assim, torna-se imprescindível treinar a equipe de saúde primária, não especialista, para o adequado primeiro atendimento e acolhimento.

Neste mesmo ano a OMS, lançou uma série de publicações de conteúdo científico sobre suicídio e o treinamento de médicos não generalistas. Isto acaba por ser uma evidência de forte impacto para a prevenção do suicídio (OMS, 2000).

Conforme Botega (2015), em seu livro “Crise suicida”, a consciência dos avaliadores iniciais em relação à ansiedade acerca dos indivíduos em suas manifestações, é um dos melhores sinalizadores de prevenção do risco suicida e isso só pode ser conseguido mediante o treinamento de pessoas.

Ainda neste contexto, os profissionais de saúde costumam lidar diretamente com pacientes com risco de suicídios, mas nem sempre estão capacitados para

identificar tal risco. Estudos relatam que cerca de 75% a 90% das pessoas que se suicidaram tinham passado por um profissional de saúde até três meses antes da sua morte trágica o que justifica o treinamento destes profissionais como forma de prevenção (TERPSTRA, 2018; GRAVES, 2018; SUDAK, 2007; DE LEO, 2013).

Ter uma equipe multidisciplinar treinada e previamente preparada para atendimento adequado do paciente com risco de suicídio seja ela da área de saúde ou de sua rede social mais próxima ao necessitado, é fator de evidência forte na prevenção do autoextermínio (BERTOLOTE, 2012).

O estudo *The Role of Co-Workers in Preventing Suicide in the Workplace* mostra a importância do treinamento de pessoas internas à organização de trabalho para que estejam aptas ao acolhimento de possíveis sofredores e combate ao suicídio. Seja pela abordagem direta sobre o assunto ou pelo encaminhamento do paciente a serviço de pessoas capacitadas para o adequado atendimento. Para reduzir o risco de suicídio no local de trabalho o programa sugere a formação das seguintes competências:

- a) Entender como a prevenção do suicídio se encaixa no companheirismo com o colega de trabalho;
- b) Identificar os sinais nos colegas de trabalho que possam significar risco de suicídio;
- c) Ter o conhecimento para responder a colegas de trabalho que possam estar em risco de suicídio;
- d) Estar preparado para situações difíceis caso ocorra algum desfecho trágico (SPRC, 2013).

4.1.7 Eliminar ou dificultar o acesso aos meios de extermínio.

Alguns estudos trazem a necessidade de evitar o acesso aos métodos de letalidade ou propiciar meios de segurança interna estrutural a fim de dificultar o ato intempestivo suicida (HOUTSMA et al, 2018; MARTELLI, AWAD, HARDY, 2010; OPAS, 2018).

Martelli e colaboradores (2010) estudaram suicídios ocorridos em hospitais e concluíram que a falta de redes de proteção, acessos a janelas em andares elevados, acesso indevido a medicações e a instrumentos perfurocortantes foram condições físicas estruturais que aumentam o risco de suicídio.

Mann (2005) em uma revisão de meta-análise de todos os estudos publicados entre 1966 e 2005 sobre ações de prevenção de suicídio verificou que os parâmetros principais de eficácia de atuação eram especificamente dois: 1- restrição aos meios de acesso a métodos letais e 2- educação e treinamento da equipe médica em reconhecimento precoce da depressão (MANN, 2005).

A Organização Pan-americana da Saúde, em seu boletim informativo sobre Suicídio de 2018, alertou que se estima que cerca de 20% dos suicídios globais acontecem por auto envenenamento com pesticidas, mas outros meios comuns são: enforcamento e uso de armas de fogo. O reconhecimento dos métodos mais comuns de suicídio é importante para a elaboração de estratégias de prevenção que têm se mostrado eficazes, como a restrição de acesso a estes meios de suicídio (OPAS, 2018).

A OMS (2000), em publicação de estudos quanto à eficácia de ações de combate ao suicídio coloca a intervenção de “restrição do acesso a métodos de suicídio” como evidência de muito forte impacto para a prevenção do ato.

4.1.8 Suporte e acompanhamento dos funcionários com risco suicidogênico iminentes.

Neste contexto, analisaram-se todos os fatores de doença física ou situação que se relacionam com o risco de comportamento suicida, excetuando as doenças mentais.

Aqui se incluem controles e identificação precoce de funcionários com neoplasias, doenças infecciosas crônicas como a AIDS, amputados recentes, lesões estéticas, funcionários com idade avançada que estão para se aposentar, trabalhadores em processo de separação conjugal ou luto, indivíduos com indícios de perda abrupta financeira, funcionários com doenças crônicas, como: hipertensão arterial, diabetes méllitus, doenças imunológicas, reumatológicas, renais, grupos de trabalhadores vulneráveis (portadores de necessidade especiais, homossexuais ou bissexuais) e pacientes que relatam tentativas pregressas de suicídio (TEIXEIRA, 2018; SAMPAIO, 2019; BOTECA, 2015; KRÜGER e WERLANG, 2010; FUKUMITSU, 2015; BRYAN, 2016; OPAS, 2018).

Entre os fatores de risco suicidogênicos, encontram-se os de natureza psicológica, são eles: pessoas que passaram por uma perda recente de algum ente

próximo, trauma infantil pela morte dos pais, desavenças familiares intensas, pessoas sensibilizadas em datas importantes (natal, aniversários), personalidade impulsiva, os que já apresentaram episódios de TAE, pessoas próximas de suicidas, personalidade com agressividade marcante e humor lábil (BOTEGA, 2015).

Os fatores de natureza sociodemográfica são: sexo masculino; idade entre 15 e 35 anos e idosos acima de 75 anos; situações econômicas extremas; morar em áreas urbanas; perda recente do emprego; aposentadoria; isolamento social; estado civil separado ou solteiro. Condições clínicas também tornam as pessoas em situação de risco como: doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões estéticas e amputações recentes, epilepsia, paraplegia ou tetraplegia, neoplasias malignas e HIV positivo. Também é necessário colocar esforços no pós-suicídio, a saber, o desenvolvimento de ações preventivas destinadas a mitigar os danos aos sobreviventes (TEIXEIRA, 2018).

Alguns tipos de doenças físicas estão associados a um aumento das taxas de suicídio, segundo a OMS as principais são: 1) portador de AIDS; 2) epilético; 3) trauma medular, 4) acidente vascular cerebral; 5) câncer; 6) diabetes mellitus; 7) esclerose múltipla; 8) condições crônicas renais, hepáticas ou gastrointestinais; 9) doenças nos ossos ou articulações, com dor crônica; 10) doenças sexuais e 11) Portadores de deficiência (OMS, 2000).

A meta-análise de Sampaio (2019) conclui que pacientes com DPOC formam um grupo de maior risco para cometer suicídio, incluindo esta patologia crônica também ao grupo de risco a ser controlado.

Neste mesmo sentido, um estudo com 100 doentes renais crônicos e transplantados renais com o objetivo de avaliar a associação de transtornos mentais e risco de suicídio, teve como conclusão que ambos estão positivamente associados ao desenvolvimento de transtornos mentais e risco de suicídio, sendo necessário o monitoramento desta situação pela equipe médica (ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015).

A OPAS (2018) ressalta que além das doenças mentais e dependência química existem outras situações que estão fortemente associados com o comportamento suicida, tais como: problemas financeiros, término de relacionamento, doenças crônicas, enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas, isolamento social, grupos vulneráveis que sofrem discriminação e

peessoas que já tiveram tentativa de suicídio anterior, sendo este o fator de maior risco para o suicídio.

As taxas de depressão entre os indivíduos com diabetes tipo 1 ou tipo 2 são duas vezes maiores do que na população geral (DUCAT, 2014).

Conforme o estudo britânico publicado no periódico *Rheumatology and Therapy*, cerca de 30% das pessoas diagnosticadas com artrite reumatoide desenvolveram depressão dentro de 5 anos do diagnóstico (JACOB, 2017), o que pode contribuir diretamente no risco de suicídio.

Botega (2015) também cita como um dos tipos de suicídio o “suicídio orgânico” de Menninger, devido às doenças somáticas que ocorrem da vida do indivíduo.

De maneira geral, através da vigilância das condições de saúde e comportamentais dos funcionários por triagem sistemática dos trabalhadores que apresentam perfil suicidogênico, pode-se proporcionar a abordagem precoce e ação preventiva para inibição do ato (OMS, 2000).

4.1.9 Instrução continuada e comunicação.

Este grupamento trata da importância em manter ação continuada do combate ao suicídio, utilizando-se dos diversos veículos de comunicação para criar a “cultura do cuidar”. Desmistificar a discussão sobre as doenças mentais, criar uma cultura assistencialista e propagar a rede de solidariedade preventiva. Para isso, sugere-se a criação de um cronograma de comunicação, com ações institucionais, envolvendo os principais fatores de risco de suicídio (BEDEIAN, 1982; POSPOS, 2018; CHAN et al, 2018; GOLDMAN e SCHMALZ, 2003).

A agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil, neste sentido, sugere que: 1) fazer ações de comunicação em saúde para sensibilizar a população alvo em relação ao suicídio; 2) capacitar, sensibilizar e qualificar pessoas de forma estratégica com de educação permanente para vigilância na prevenção do suicídio; e 3) Ampliar de forma articulada com os diferentes pontos de atenção em saúde e demais serviços intersetoriais o acesso à atenção psicossocial da população em geral, das pessoas com tentativa de suicídio, familiares e pessoas próximas de vítimas de suicídio (BRASIL, 2017).

Em sua pesquisa, Cornelis et al. (2011) analisou seis revisões sistemáticas sobre a prevenção do suicídio e verificou que existe potencial para realização de alguns tipos de intervenções preventivas, como: 1) capacitação de profissionais para reconhecimento precoce e tratamento de doenças mentais distúrbios, principalmente depressão; 2) campanhas de conscientização; 3) o treinamento de pessoas da comunidade no acolhimento do comportamento suicida e encaminhamento adequado à serviços apropriados; 4) melhoria dos serviços de saúde dirigidos especificamente para este fim; 5) cuidado dos comunicados e reportagens sobre suicídio; 6) dificultar o acesso meios letais de suicídio. Estas ações devem fazer parte de qualquer intervenção em prevenção ao suicídio.

No que se refere às ações e os níveis de prevenção, Milner (2014, p. 00) refere que “ em geral, a maioria das atividades de prevenção do suicídio ocorre nos níveis secundário e terciário” e tem como objetivo apenas diminuir o risco de suicídio e fornecer um tratamento de pronto emprego quando necessário. Refere ainda que as estratégias nos locais de trabalho falham em não abordar os fatores no nível primário.

Por fim, segundo Teixeira (2018), devem-se concentrar os esforços para promoção de saúde e a prevenção do comportamento suicida em todas as variáveis de gravidade por se tratar de um fenômeno complexo e multicausal, as ações de intervenção devem ser fundamentadas em todos estes fatores de risco e proteção.

Em um cenário de demandas operacionais e sociais cada vez mais controladas, traz à tona o sofrimento psíquico dos trabalhadores, levando as empresas a buscarem ações em saúde mental e prevenção da ameaça que o suicídio representa. As ações visam o bem-estar dos funcionários, mas também tem a intenção na redução de sinistralidade em saúde, diminuição do absenteísmo e melhoria do desempenho da força produtiva.

Existem múltiplos motivos para se justificar a intervenção em saúde do trabalhador e quando se pensa em ações em saúde mental e prevenção de suicídio no local de trabalho, esta abordagem deve contemplar as variáveis de relevância que interagem com os fatores predisponentes e precipitantes desta condição.

Esta revisão de literatura produziu as evidências necessárias para a construção de um modelo preliminar intervenções no combate ao comportamento suicida dentro das empresas, contemplando cinco dimensões, que agrupam as ações nas variáveis de relevância no combate ao suicídio.

4.2 RESULTADO DA APLICAÇÃO DO MODELO PRELIMINAR

Este estudo teve o objetivo de descrever o desenvolvimento de ações realizadas para a promoção de saúde mental e prevenção de suicídio nesta organização de trabalho com base no modelo preliminar de prevenção, proposto por revisão de literatura. Neste tópico, apresentam-se os principais resultados do estudo que influenciaram a organização do modelo final (item 5.2) proposto nesta tese.

A partir da revisão de literatura, as variáveis de influência no comportamento suicida foram transformadas em ações de intervenção para o local de trabalho e posteriormente, classificadas nos níveis de prevenção segundo os critérios de Leavell e Clark, conforme o quadro 3.

QUADRO 3 – RELAÇÃO DE AÇÕES REALIZADAS NA EMPRESA, POR: TIPO DA PROPOSTA DA ATIVIDADE, O NOME DE DIVULGAÇÃO INTERNA, O NÍVEL DE PREVENÇÃO CORRESPONDENTE DA ATIVIDADE PROPOSTA SEGUNDO LEAVELL E CLARK, ASSUNTO TRATADO NA AÇÃO E A QUANTIDADE DE CADA AÇÃO.

(continua)

Tipo da atividade	Nome da atividade	Níveis Leavell e Clark	Assunto debatido	Tempo e quantidade
Treinamento de esclarecimento sobre doença mental	“O quão longe estamos dos transtornos mentais”	Nível 1	Quadro clínico das principais doenças mentais: depressão, ansiedade, estresse, esquizofrenia, dependência química, suicídio	12 ações de 1 hora cada – 364 participantes
Treinamento de esclarecimento sobre assédio no trabalho	“Respeito é bom e todos gostam”	Nível 1	Assédio moral e sexual – Violência no Trabalho	2 ações de 1 hora cada - 212 participantes
Palestras em auditório	“Espiritualidade e trabalho – Tratamento das emoções”	Nível 1	Palestra comportamental sobre as reações das emoções e suas consequências	12 ações de 30 minutos cada -
Ensino de habilidade em grupo – Comunicação não agressiva	“Oficina de comunicação não agressiva”	Nível 1	Palestra sobre comunicação não agressiva	6 ações de 30 minutos cada – 192 participantes
Ensino de habilidade em grupo - Meditação	“Oficinas de Meditação”	Nível 2	Ensino da meditação como prática de enfrentamento	6 ações de 30 minutos cada - 214 participantes
Ensino de habilidade em grupo -Yoga	“Oficinas de Yoga”	Nível 2	Ensino da Yoga como prática de enfrentamento	6 ações de 30 minutos cada – 214 participantes
Ação de integração da família e empresa	“Família na Fábrica”	Nível 1	Integração Social – visita das famílias na fábrica	60 famílias

QUADRO 3 – RELAÇÃO DE AÇÕES REALIZADAS NA EMPRESA, POR: TIPO DA PROPOSTA DA ATIVIDADE, O NOME DE DIVULGAÇÃO INTERNA, O NÍVEL DE PREVENÇÃO CORRESPONDENTE DA ATIVIDADE PROPOSTA SEGUNDO LEAVELL E CLARK, ASSUNTO TRATADO NA AÇÃO E A QUANTIDADE DE CADA AÇÃO.

(conclusão)

Tipo da atividade	Nome da atividade	Níveis Leavell e Clark	Assunto debatido	Tempo e quantidade
Melhoria dos postos de trabalho, nos locais de produção	“Comitê de Ergonomia”	Nível 2	Ação contínua de melhoria da higiene ocupacional – Buscando melhorias das condições de trabalho e consequentemente satisfação do trabalhador	Ações contínuas – Reuniões do comitê a cada 2 meses
Atividade de ginástica no local de trabalho	“Ginástica Laboral”	Nível 1	Prevenção de Doenças musculares e promoção de saúde mental	4 vezes por semana, com 20 turmas - 328 participantes
Comunicação em mídias da empresa	1-“Despertador” 2-Vídeos no refeitório. 3-Comunicados por e-mail 4-Painéis em murais	Nível 1	Sobre temas variados sobre saúde mental: 1- conceitos de saúde mental; 2- doenças mentais; 3- dependência química; 4- ferramentas enfrentamentos	4 vídeos, 6 painéis em murais, 6 visitas de instrução na fábrica
Parcerias com serviço de psiquiatria e psicologia	“Convênios no atendimento das patologias mentais”	Nível 2	Parcerias para atendimento rápido dos trabalhadores necessitados	Ação contínua
Treinamento da liderança para saúde mental	Treinamento em grupos	Nível 1	Treinamento comportamental de relações entre as pessoas	4 treinamentos de 16 horas cada – 182 participantes
Ação comunitária social	Inteligência Espiritual	Nível 1	Ação de caridade e voluntariado na comunidade regional da empresa	Atividade em região carente próxima da empresa
Ação de rastreamento e acompanhamento no ambulatório médico	“Programa de Saúde Emocional”	Nível 2 e 3	Identificação e mapeamento dos casos de DCNT, neoplasias, dependência química, transtornos mentais, luto e risco de suicídio	Identificação, acompanhamento de tratamento precoce dos pacientes de risco, com convênios com clínicas especializadas

FONTE: O autor (2021).

Todas as ações, foram agrupadas em cinco dimensões para melhor desenvolvimento da aplicação prática do modelo preliminar (descrita no capítulo 5, item 5.1) e foram adaptadas às rotinas dos trabalhadores, equalizadas nos três turnos de trabalho, respeitando a dinâmica operacional da empresa.

As dimensões do modelo se desenvolveram de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, durou seis meses e necessitou ser interrompido devido a pandemia pelo COVID 19.

Dentro do que se propôs neste modelo preliminar de saúde mental e prevenção de suicídio, demonstrou-se possíveis intervenções nos três níveis de Leavell e Clark, preferindo-se o primeiro nível por ser o mais profilático, mas que as demais também se faziam necessárias.

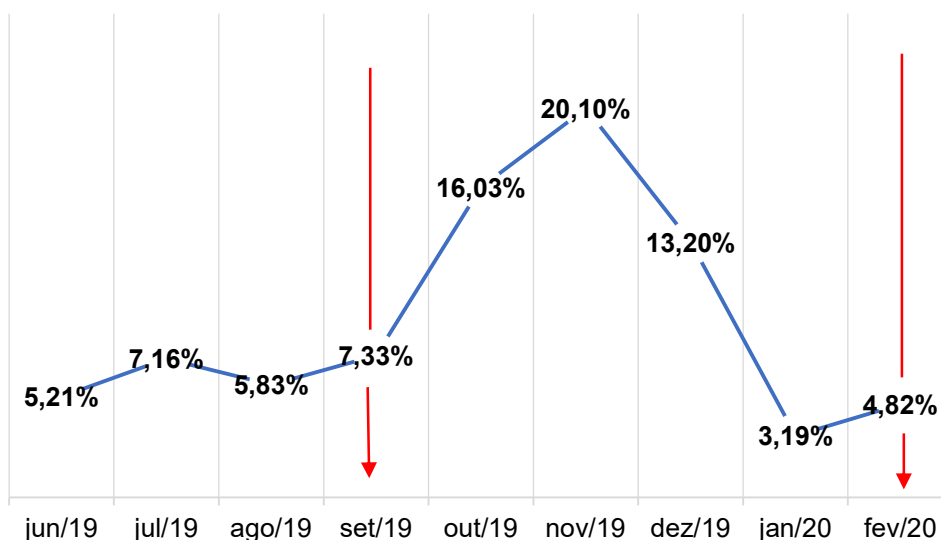
Como resultado secundário, esta etapa gerou os indicadores de: 1) participação dos trabalhadores nas diversas atividades do modelo e 2) absenteísmo por doença mental.

E os resultados principais foram a descrição das experiências na execução do programa que contém o modelo preliminar de prevenção de suicídio para organização de trabalho.

Aferiu-se a participação dos funcionários nas atividades em grupo, que variou entre 26%(182) para algumas ações, a 52%(364) para outras dependendo das atividades e do turno em foram realizadas.

As intervenções do modelo duraram seis meses, já no primeiro mês de ações do modelo houve aumento da porcentagem de absenteísmo por doença mental, de 5,83% (agosto 2019), para 7,33%, 16,03% chegando até a 20,10% (setembro, outubro e novembro 2019, respectivamente), seguindo com queda dos valores percentuais nos meses subsequentes (GRÁFICO 6).

GRÁFICO 6 – PORCENTAGEM DO ABSENTEÍSMO POR TRANSTORNO MENTAL



FONTE: O autor (2021).

As médias de absenteísmo aumentaram em virtude dos trabalhadores se sentirem à vontade para falarem dos seus sofrimentos e terem a liberdade de procurar a ajuda necessária, o que gerou uma elevação das taxas de absenteísmo por transtorno mental nos primeiros meses do programa.

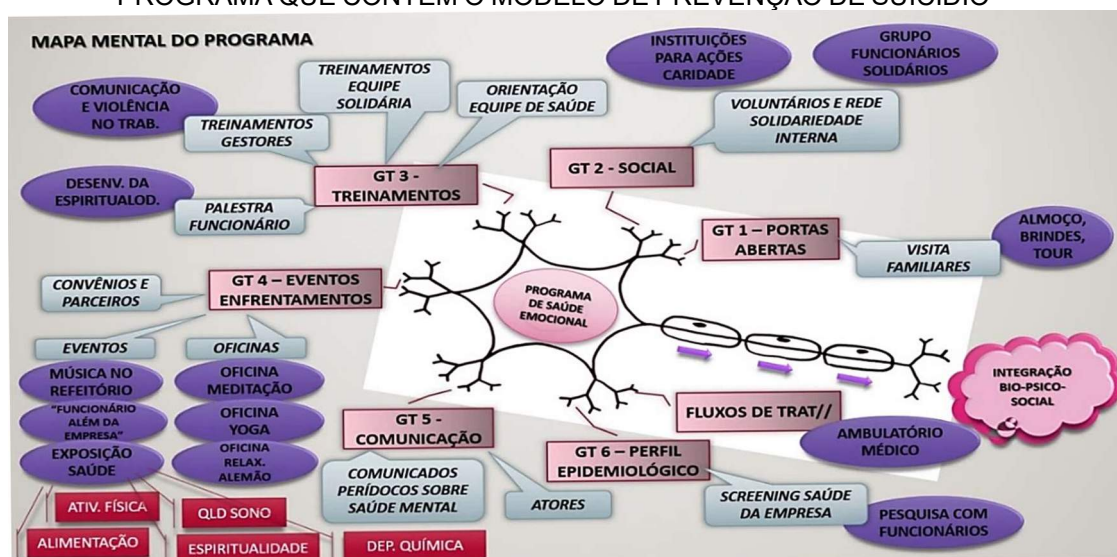
Mantendo-se no objetivo principal deste pilar de resultados da aplicabilidade do modelo de prevenção de suicídio, foram obtidos como resultados importantes trazidos pela experiência da aplicabilidade do modelo preliminar nesta organização de trabalho:

1) Algumas dificuldades iniciam muito antes do início das ações. O nome do programa foi discutido com a gestão e passou por várias mudanças, a fim de tornar mais convidativo para a participação no programa, com isso, o modelo preliminar que fez parte das ações em prevenção de suicídio, teve seu nome inicial de Programa de prevenção de suicídio no local de trabalho, passou para Programa de prevenção de doença mental, indo para Programa de qualidade de vida no trabalho e por fim, Programa de saúde mental no trabalho. Até situações simples podem trazer mal-estar nas instituições ou para os participantes do programa.

2) Após elencar as ações foi fundamental a apresentação, negociação e aprovação do cronograma de intervenções pela liderança executiva da organização e pelo departamento de recursos humanos (RH), devendo ainda estar adequadas à cultura, à dinâmica e aos horários de funcionamento da empresa;

Após a apresentação do projeto do programa em reunião com a diretoria da empresa, trazendo a fundamentação da importância da tratativa do tema na organização de trabalho. Foi criado um comitê com seis grupos de trabalho (GT) para delegação das demandas e gestão das diversas ações ligadas a cada grupo de trabalho (FIGURA 5).

FIGURA 5 – GRUPOS DE TRABALHO PARA GESTÃO DAS AÇÕES DE CADA DIMENSÃO DO PROGRAMA QUE CONTÉM O MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO



FONTE: O autor (2019).

Algumas destas ações do organograma não foram possíveis de serem realizadas, como criação de uma equipe de funcionários que atuariam como uma rede solidária interna na empresa e a pesquisa do perfil epidemiológico dos trabalhadores, devido a imprevistos ou situações ocorridas na empresa que se perdeu o tempo adequado da atuação, perdendo-se o sentido da ação.

O perfil epidemiológico não foi realizado pois houve uma paralisação de manutenção emergencial em um dos fornos da empresa com férias coletivas, exatamente na época que estava programado esta ação, pela ausência dos trabalhadores comprometeria os resultados da pesquisa, como forma alternativa foi utilizado indicadores internos de saúde, o absenteísmo por doença mental. Já no treinamento da equipe solidária, não houve candidatos voluntários suficientes para a formação de grupos de participação para esta finalidade.

3) Houve palestras no auditório, oficinas e reuniões no local de trabalho com ampla comunicação prévia e esclarecedora para o público-alvo a fim de sensibilização sobre o tema e estimular o desejo da participação.

Nas reuniões de troca de turno, ocorre uma breve reunião de diálogo entre os trabalhadores que estão saindo e chegando no local de trabalho com a liderança de fábrica sobre situações do momento que estão acontecendo, chamados de “despertadores”. Estas foram reuniões periódicas trazendo temas como: os principais transtornos mentais, dependência química, suicídio, mecanismos de enfrentamento das adversidades e orientações de hábitos saudáveis de vida.


O impacto das intervenções no setor de trabalho, trazendo a informação até o trabalhador, no seu ambiente de rotina operacional, foi percebido como satisfação do trabalhador de estar sendo atendido, mostrou grande interesse, com participação e questionamentos do trabalhador ao tema em discussão.

Foram criados textos para os gestores multiplicarem estas ações nos locais de trabalho, lendo, interagindo e estimulando o debate com os trabalhadores durante os despertadores mensais, os temas pré-definidos estavam em concordância com o momento do programa (FIGURA 6).

FIGURA 6 – EXEMPLOS DE COMUNICADOS DE INÍCIO DE TURNO DE TRABALHO SOBRE TEMAS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA EMPRESA, CHAMADO DESPERTADOR – SAÚDE EMOCIONAL

DESPERTADOR DE SEGURANÇA

OPA! OBSERVAR | PREVENIR | AGIR

TEMA	51- SAÚDE EMOCIONAL
	
	<p>O conceito de saúde vai muito além de simplesmente não ter doença alguma...!</p> <p>A Saúde Mental é parte importante da nossa percepção de saúde e está relacionado diretamente com a forma como reagimos às exigências da vida e ao modo como harmonizamos nossos desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções.</p> <p>Para desenvolver nossa saúde emocional temos que...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar bem conosco e com os outros; - Aceitar as exigências da vida com resignação - Saber lidar com as boas emoções e, também com as frustrações, já que tudo faz parte da vida; - Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário; - Lutar com as tentações que nos desviam da moralidade. - É termos confiança e não cultivar medos exagerados do futuro. <p>Nos próximos meses vão ocorrer uma série de comunicações e atividades no que se refere ao Programa de Saúde Emocional Incepa, queremos sua atenção e participação em todas as atividades!</p> <p style="text-align: center;">Não seja espectador passivo da vida! Contribua para promover a sua saúde mental e a dos outros!</p>

DESPERTADOR DE SEGURANÇA

Local: (x) CLG () SMS			
Instrutor:	Data do Treinamento: / /		
Horário de Início do Trabalho	Carga Horária: 15 MINUTOS		
C.C.	MATRÍCULA	NOME	ASSINATURA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
Dados lançados na planilha de carga horária de treinamento em: / / FST -			
Verificado por:		Ass.	
Dados atualizados na Matriz de Capacitação em: / / Não se aplica ()			
Verificado por:		Ass.	

FONTE: O autor (2019).



Este modo de comunicação interna, foi feito mensalmente com a temática conforme cronograma prévio, integrada com as outras ações que aconteciam simultaneamente no mês. Esta foi uma forma de informação que se mostrou muito efetiva, pois estes despertadores, eram realizados em pequenos grupos pelos

próprios gestores, em vários lugares da empresa, em todos os turnos. A informação indo direto ao encontro do trabalhador no ambiente que desempenha sua atividade (FIGURA 7).

FIGURA 7 – EXEMPLOS DE COMUNICADOS DE INÍCIO DE TURNO DE TRABALHO SOBRE TEMAS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA EMPRESA, CHAMADO DESPERTADOR – DANDO A VOLTA POR CIMA DA DEPRESSÃO.

DESPERTADOR DE SEGURANÇA

PA! OBSERVAR | PREVENIR | AGIR

TEMA	54- SAÚDE EMOCIONAL
 <p style="text-align: center;">DANDO A VOLTA POR CIMA DA DEPRESSÃO</p> <p>O Brasil é o país com maior índice de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos.</p> <p>Não podemos confundir os momentos de tristeza com um quadro clínico de depressão. Não raro somos invadidos pelo sentimento de desânimo por diversas situações da vida, "são momentos de tristeza", e apesar de nos deixar abalados emocionalmente com o passar do tempo percebemos nossa reação e alguns destes sentimentos vão se dissipando e se tornando mais controláveis.</p> <p>Diferente de um quadro de depressão, que se apresenta de forma mais prolongada de tristeza profunda, perda total do interesse das "coisas" da vida associado a uma fraqueza com cansaço excessivo (fora do normal...) para tudo. Quando isso domina a maior parte dos nossos dias em todas as situações, por pelo menos 2 semanas consecutivas, precisamos prestar a atenção pois isso já caracteriza uma necessidade de tratamento e acompanhamento profissional...</p> <p>Existem atitudes que podem evitar ou nos ajudar na depressão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Converse e compartilhe seus sentimentos com quem você confia... 2- Durma bem, respeitar o horário do sono é fundamental... 3- Procure fazer um esporte, isso estimula seu metabolismo e hormônios. 4- Lute contra suas más inclinações, principalmente os vícios (álcool, tabagismo, drogas e até os excessos alimentares.) 5- Cuide dos seus pensamentos, alimentar pensamentos negativos não ajudam em nada... <p>Caso tenha dificuldades, procure um médico e ou um psicólogo, depressão é uma doença como qualquer outra!</p> <p><small>* Lembre-se que existe sempre o ambulatório médico para ajudar e também ONGs, como a CVV (Centro de Valorização da Vida) no telefone 188.</small></p>	 <p style="text-align: center;">SIM EU POSSO !</p>

DESPERTADOR DE SEGURANÇA

Local: (x) CLG () SMS	
Instrutor:	Data do Treinamento: / /
Horário das DENTRO DA JORNADA DE TRABALHO	Carga Horária: 15 MINUTOS

	C.C.	MATRÍCULA	NOME	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
26				

Dados lançados na planilha de carga horária de treinamento em: / / FST -

Verificado por: Ass: _____

Dados atualizados na Matriz de Capacitação em: / / Não se aplica ()

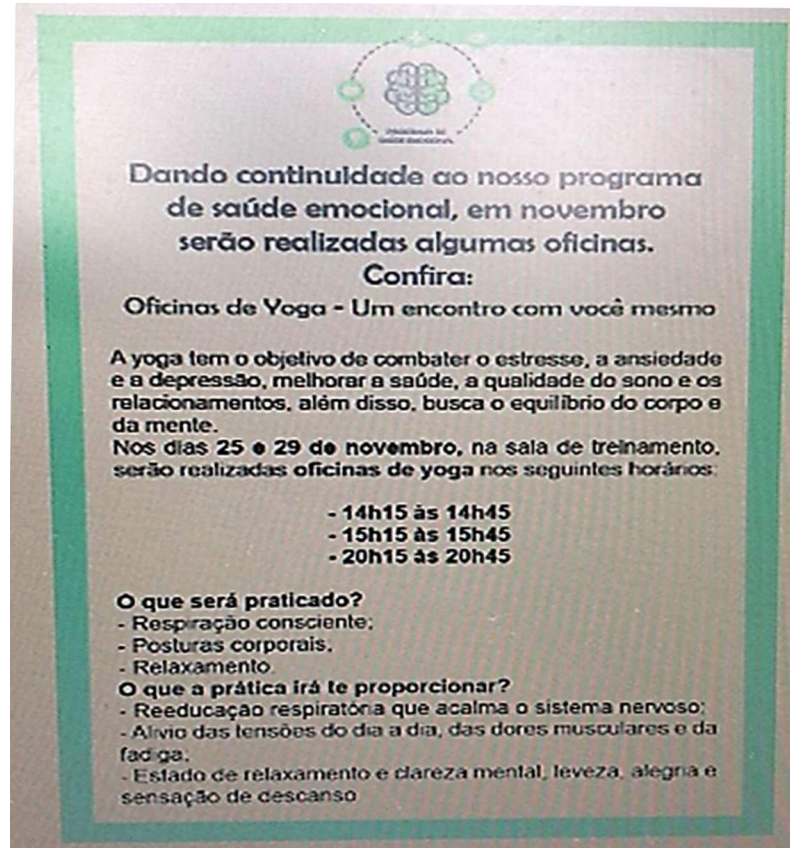
Verificado por: Ass: _____

FONTE: O autor (2019).

A comunicação sobre os acontecimentos do programa também ocorreu pelas diversas mídias internas da empresa, cartazes (FIGURA 8), televisão do refeitório (FIGURA 9) e notificações pelo computador.

A comunicação ostensiva além de informar e esclarecer sobre a temática proposta no cronograma de ações do modelo, manteve o assunto ativo entre os trabalhadores, despertou a vontade de participação nas atividades, melhorando o engajamento e ajudou a desmistificar a procura de tratamento para os casos necessários.

FIGURA 8 – COMUNICADO DE DIVULGAÇÃO DE OFICINA DE YOGA, OCORREU NO HORÁRIO DE TRABALHO E CONTEMPLANDO OS TRÊS TURNOS DE TRABALHO.



FONTE: O autor (2019).

Vídeos orientativos mensais foram passados nas mídias do refeitório (FIGURA 9)

FIGURA 9 – VÍDEOS TEMÁTICOS DO PROGRAMA



FONTE: O autor (2019).

A participação no programa foi voluntária, no horário de trabalho, também houve abertura para a participação de funcionários que estavam em outros turnos que preferiram participar em horários alternativos.

4) Ocorreram inúmeras ações contemplando as dimensões do modelo de prevenção, algumas voltadas para a liderança (FIGURA 10) e outras para o desenvolvimento de todos os trabalhadores (FIGURA 11).

FIGURA 10 – TREINAMENTO SOBRE EMOÇÕES E OS REFLEXOS NO COMPORTAMENTO HUMANO.



FONTE: O autor (2019).

FIGURA 11 - TREINAMENTO SOBRE AS PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS



FONTE: O autor (2019).

Foi realizado um encontro de dia inteiro em horário de trabalho para desenvolvimento da integração social e atividades lúdicas para a liderança da empresa (FIGURA 12).

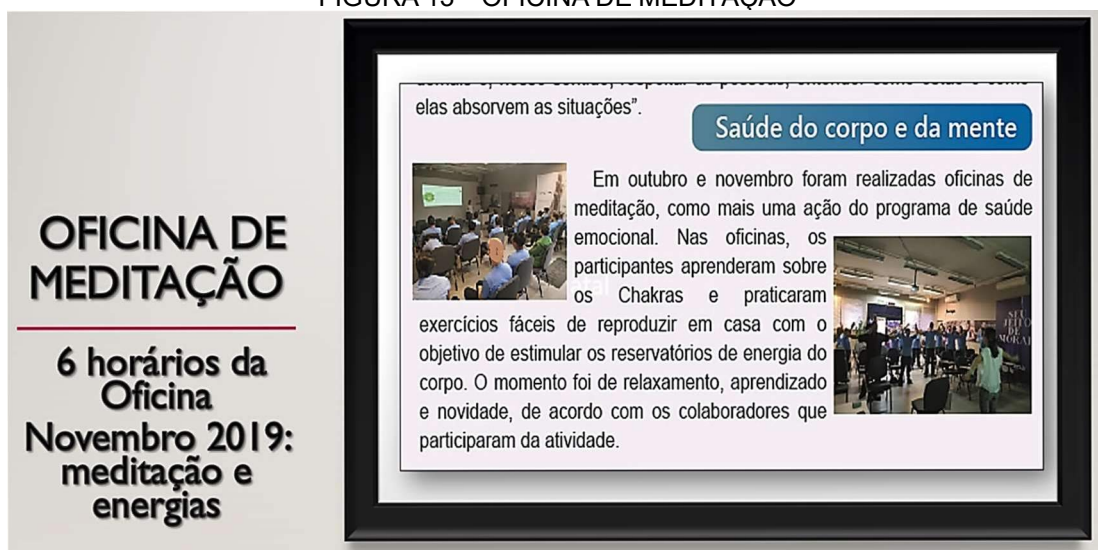
FIGURA 12 – AÇÃO COM A LIDERANÇA, ENCONTRO COM FOCO NO CONHECIMENTO DO PROGRAMA E DA INTEGRAÇÃO COM FOCO NA DIMENSÃO SOCIAL DA SAÚDE.



FONTE: O autor (2019).

Houve três diferentes oficinas: meditação, yoga e comunicação não agressiva, disponíveis para todos os colaboradores, em diversos horários e turnos, realizadas por profissionais especializados, que tiveram como objetivo proporcionar opções de desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento para os participantes (FIGURA 13).

FIGURA 13 – OFICINA DE MEDITAÇÃO



FONTE: O autor (2019).

A oficina de comunicação não-agressiva, trouxe uma forma de controle comportamental e análise situacional, principalmente com o uso das novas tecnologias. Os resultados destas ações foram traduzidos pelo interesse despertado pelos trabalhadores da continuidade desta ação e das manifestações da importância e frequência que se deparam diariamente com este tema.

Para um público mais específico de liderança, ocorreu um treinamento sobre assédio no local de trabalho, com palestra realizada pelo jurídico da empresa, fundamentado pelo material do Ministério Público do Trabalho, trouxe esclarecimento sobre o tema e as consequências para as pessoas e para a empresa.

Esta atividade foi realizada como palestra e posteriormente foi disponibilizado material lúdico em quadrinhos, trazendo situações hipotéticas da rotina no trabalho (FIGURA 14).

FIGURA 14 - TREINAMENTO DA LIDERANÇA SOBRE ASSÉDIO MORAL E SEXUAL

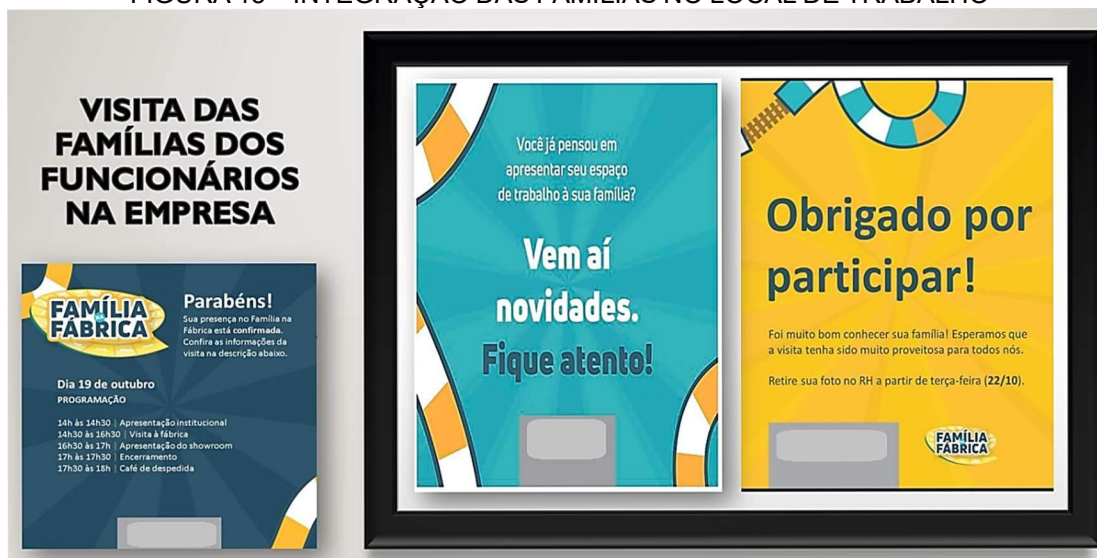


FONTE: O autor (2019).

Outra ação de grande aceitação pelos trabalhadores foi trazer as famílias dos funcionários para um dia de visita no local de trabalho, onde os familiares assistiam vídeo institucional sobre a empresa, visitavam os locais produtivos e conheciam os produtos terminados, eram fotografados e recebiam como lembrança da visita pela empresa. A satisfação da interação trabalhador-família mostrando o local do seu trabalho e do produto do seu serviço foi muito gratificante para o trabalhador e motiva o orgulho do propósito do seu esforço diário.

Estas visitas trouxeram aproximação dos trabalhadores operacionais com a empresa e sua liderança direta, já que havia equipes preparadas para receber as famílias dos trabalhadores e houve vários depoimentos de satisfação e reconhecimento por parte dos funcionários desta ação (FIGURA 15).

FIGURA 15 – INTEGRAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO LOCAL DE TRABALHO



FONTE: O autor (2019).

Para estimular o reconhecimento e a empatia entre os trabalhadores, independente da hierarquia, foi criado um método usando cartões distribuídos em pontos estratégicos na empresa para que os trabalhadores pudessem usar de acordo com a suas percepções a fim de reconhecer um colega de trabalho que faz mérito pelos serviços prestados (FIGURA 16).

FIGURA 16 – CARTÕES DE RECONHECIMENTO, DE TRABALHADOR PARA TRABALHADOR



FONTE: O autor (2019).

Muitos dos reflexos das ações realizadas foram percebidos nas atitudes dos trabalhadores em resposta à participação nas intervenções do modelo proposto. No final das palestras, alguns procuravam logo após as atividades para conversar e trazer situações pessoais de identificação com o tema abordado, principalmente sobre dificuldades de relações com os colegas de trabalho, líderes e às vezes até com seus respectivos familiares, o que o libertava de angústias acumuladas.

Após as intervenções orientativas referentes aos transtornos mentais e suicídio, houve um aumento das consultas agendadas para discutir saúde mental, que dominaram as agendas médicas por meses, consequentemente houve aumento do encaminhamento para psicólogos e psiquiatras, momento em que pudemos melhorar os controles de incidência dos transtornos mentais na empresa e avaliar as parcerias formadas da criação de fluxo de atendimento do programa com as clínicas especializadas.

Outros reflexos trazidos pelas ações contínuas do programa foi a proximidade de relacionamento do departamento de saúde com os demais setores da empresa. Que comunicavam situações de alteração de comportamento para que o serviço de saúde pudesse fazer as devidas intervenções médicas necessárias. A conscientização da necessidade de abordagem dos transtornos mentais e esclarecimento dos fatores de risco do comportamento suicida geraram atenção para as identificações de situações de vulnerabilidade nas diversas áreas de trabalho, acionando o setor médico, o que viabilizou intervenções precoces destas situações.

Neste sentido, como exemplo de atuação, ocorreu atendimento de três trabalhadores que apresentavam histórias de transtornos mentais com risco de suicídio, inclusive um destes, na fase de planejamento do ato suicida, foram identificados pelos gestores diretos, abordados e encaminhados ao setor médico, o que permitiu atendimento especializado precoce e internamento do trabalhador com risco iminente de suicídio. Estes três casos evoluíram com reconhecimento dos pacientes pela pró-atividade da atenção prestada.

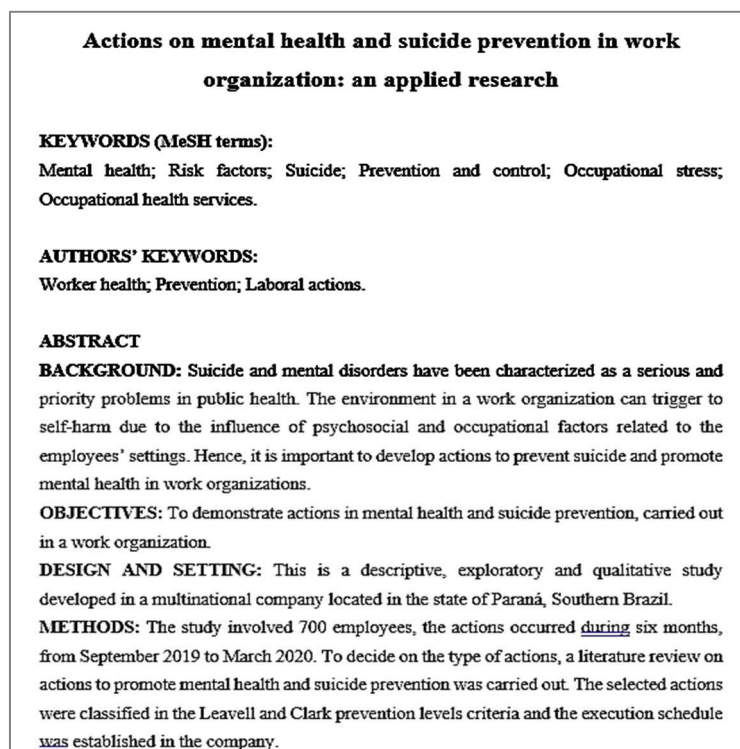
Casos similares também ocorreram com dois trabalhadores apresentando dependência química, por meio das ações do modelo de prevenção, referiram ter adquirido a confiança e a segurança de buscarem ajuda do departamento médico a fim de iniciarem tratamento adequado. Ambos iniciaram tratamento clínico

especializado, um permaneceu internado por 15 dias e continuou com acompanhamento clínico, o outro permaneceu internado por 9 meses e continua em acompanhamento do serviço médico especializado e da saúde ocupacional. Ambos relataram que somente procuraram ajuda devido as orientações adquiridas pelas informações do programa.

As ações do modelo trouxeram conscientização, quebraram paradigmas não só na discussão do tema suicídio, mas de todas as variáveis de influência do comportamento suicida trazidos neste estudo. Promoveu mudanças de atitude perante o sofrimento próprio e dos colegas próximos, gerou clima de debate e solidariedade na empresa, derrubando o tabu sobre a exposição do sofrimento.

Esta ação em prevenção de suicídio, transformou-se em artigo científico, fazendo parte deste estudo, sob o título *ACTIONS ON MENTAL HEALTH AND SUICIDE PREVENTION IN WORK ORGANIZATION: AN APPLIED RESEARCH* (FIGURA 17). Este estudo foi submetido a uma revista científica e aguarda parecer do corpo editorial.

FIGURA 17 –ARTIGO CIENTÍFICO QUE COMPÕE UM DOS RESULTADOS DESTA ESTUDO. FOI SUBMETIDO PARA ANÁLISE DOS REVISORES DE UMA REVISTA ESPECIALIZADA DE MEDICINA COLETIVA INTITULADO; *ACTIONS ON MENTAL HEALTH AND SUICIDE PREVENTION IN WORK ORGANIZATION: AN APPLIED RESEARCH*.



FONTE: O autor (2021).

4.3 RESULTADO PESQUISA COM ESPECIALISTAS

Esta pesquisa teve o objetivo de conhecer as percepções dos médicos especialistas sobre prevenção de suicídio nas organizações de trabalho, por meio de um formulário eletrônico. Este tópico traz os principais resultados do estudo que influenciaram na organização do modelo final proposto nesta tese.

Dos 32 médicos convidados, 24 devolveram as respostas e participaram efetivamente da pesquisa. Como resultado, houve entre os participantes a prevalência de médicos contratados internos 15(62,5%), vinculados a empresas multinacionais 13(54,2%), de grande porte 17(70,8%), com grau de risco três 16(66,7%) (TABELA 5).

TABELA 5 – CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES DA PESQUISA COM ESPECIALISTAS

Características do trabalho	Valor	%
Principal atividade do Médico		
Médicos do trabalho contratados direto da empresa	15	62,5
Médicos do trabalho externos, prestador de serviços medicina ocupacional	4	16,7
Médicos do trabalho do serviço público	2	8,3
Médicos do trabalho de atendimento em consultório ou hospital	2	8,3
Docente	1	4,2
Porte da empresa		
Microempresa	0	0,0
Pequeno porte	1	4,2
Médio porte	2	8,3
Grande porte	17	70,8
Não trab. empresas	4	16,7
Nacionalidade da empresa		
Brasileira	8	33,3
Sueca	2	8,3
Norte Americana	4	16,7
Espanhola	1	4,2
Australiana	1	4,2
Alemã	2	8,3
Japonesa	1	4,2
Inglesa	1	4,2
União europeia	1	4,2
Não trab. empresas	3	12,5
Grau de risco da empresa		
Grau 1	1	4,2
Grau 2	2	8,3
Grau 3	16	66,7
Grau 4	1	4,2
Não se aplica	4	16,7

FONTE: Trotta (2021).

Metade dos médicos (12; 50%) referiu que nas empresas onde atuam existe, atualmente, um programa de saúde mental ou de prevenção de suicídio, e os outros 13(54,2%) disseram que foram realizadas ações específicas com o objetivo de prevenção de suicídio para trabalhadores.

O teste de Wilcoxon não apresentou diferença significativa ($Z = -1,265$; $p = 0,206$). para estas duas variáveis, ações em saúde mental e programa de prevenção de suicídio, mostrando que estas variáveis não são independentes e que as empresas que mais fizeram ações em saúde mental e prevenção de suicídio foram aquelas que tinham programas de saúde voltados para isso.

Segundo a opinião dos especialistas, no que se refere aos indicadores de saúde internos da empresa, quando monitorados, podem ajudar no controle do risco de suicídio dos trabalhadores, com prevalência conforme Tabela 6.

TABELA 6 – RESPOSTAS QUE MAIS APARECERAM NA PESQUISA COM ESPECIALISTAS SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE QUE POSSAM AJUDAR, QUANDO CONTROLADOS, NA PREVENÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO.

Classificação	Indicadores de saúde	Nº respostas	% do total
1º	Controle do motivo da doença dos afastamentos previdenciários	23	95,8%
2º	Preparar e treinar da liderança para gestão de pessoas	23	95,8%
3º	Controle de atestados por CID	21	87,5%
4º	Ter um canal confidencial de denúncia de violência no trabalho	20	83,3%
5º	Fluxo pré-determinado para atendimento do trabalhador dependente químico	16	66,7%
6º	Treinamento da equipe de saúde para atendimento do paciente com risco de suicídio	12	50%
7º	Presença de análise ergonômica cognitiva e organizacional (além da ergonomia física).	8	33,3%

FONTE: Trotta (2021).

Por meio de uma escala de importância (pontuação de 0 a 10), os médicos pesquisados manifestaram como alto grau de importância (com mediana de 9) ter ações ou programa de prevenção de suicídio nas organizações de trabalho. Entretanto, relataram dificuldades de dar prioridade na execução destes programas específicos (mediana de 6) nas suas rotinas de trabalho. Mesmo com a maioria dos médicos (81,8%) trazendo o fato de já ter atendido ou ter o conhecimento de cerca de 30 casos entre tentativas de autoextermínio e suicídios de trabalhadores nas empresas que prestam serviço (TABELA 7).

TABELA 7 – RELATOS DE CONHECIMENTO DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS SOBRE CASOS DE TAE (TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO) OU DE SUICÍDIO.

Atendeu ou teve conhecimento de algum caso de suicídio ou TAE na empresa	Sim	%
Sim de suicídio de funcionário e ocorreu dentro da empresa	2	8,3
Sim de suicídio de funcionário, mas ocorreu fora da empresa	9	37,5
Sim de tentativa de suicídio de funcionário e ocorreu dentro da empresa	4	16,7
Sim de tentativa de suicídio de funcionário, mas ocorreu fora da empresa	15	62,5
Sim de caso de suicídio de familiar de funcionário	6	25,0
Sim de tentativa de suicídio de familiar de funcionário	3	12,5
Desconheço caso de suicídio e nem tentativa de suicídio	3	12,5

FONTE: Trotta (2021).

Algumas empresas têm medidas de segurança que, em última instância, dificultam o acesso a situações que podem causar danos, lesões ou morte no ambiente de trabalho. Essas podem se tornar ações de proteção na prevenção do suicídio, a prevalência (n= 12; 50%) foi a existência de regras formais contra o porte de armas banca ou de fogo no interior das empresas (Tabela 8).

TABELA 8 – AÇÕES PROTETIVAS DAS EMPRESAS RESTRINGINDO ACESSO AOS MEIOS DE SUICÍDIO OU AUTOAGRESSÃO NA EMPRESA.

Ações protetivas das empresas	Sim	%
Proteção de acesso em espaços elevados abertos	6	25,0
Proibição de facas com pontas nas áreas comuns	4	16,7
Limitadores de abertura de janelas	0	0,0
Controle de produtos químicos perigosos	10	41,7
Regras formais contra o porte de armas no interior da empresa	12	50,0
Desconheço qualquer ação neste sentido	9	37,5

FONTE: Trotta (2021).

Uma parte importante da contribuição deste estudo foi a pergunta aberta realizada para os médicos especialistas, questionando: quais eram “as variáveis de influência que podem ajudar a entender, evitar ou diminuir o risco de suicídios dos trabalhadores e possíveis sugestões de ações”. As respostas somaram 42 percepções que foram agrupadas conforme seu significado em quatro dimensões de atuação, divididas em oito categorias.

A dimensão “atendimento e condutas da equipe médica”, que envolve as categorias de: identificação e controle das doenças mentais, combate a dependência química e fluxo de atendimento multidisciplinar para suporte do paciente com risco de suicídio, foi a mais citada entre os pesquisados (QUADRO 4).

QUADRO 4 - DESCRIÇÃO DAS OPINIÕES DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS, CLASSIFICANDO-AS EM DIMENSÕES.

(continua)

Dimensões		Subdivisões categóricas	Quantidade	Opiniões dos especialistas
1	Capacitações (treinamentos, orientações, esclarecimentos) Capacitações (treinamentos, orientações, esclarecimentos)	Capacitação de equipe de saúde para acolhimento adequado ao trabalhador com risco de suicídio	1	"reconhecer alguns sinais que identifiquem um potencial suicida"
		Capacitação de liderança sobre aos temas ligados com o suicídio	5	"sensibilização de lideranças"
				"liderança mais próxima das pessoas e principalmente do operacional"
				"capacitação de gestores"
				"capacitação das lideranças para perceber mudanças de comportamento"
				"treinamento da liderança sobre assédios"
		Ações de comunicação orientativas para colaboradores sobre a temática	4	"falar sobre o tema"
				"capacitação de colaboradores"
				"palestras com profissional da saúde mental"
				"palestras e vídeos com assunto suicídio e outras doenças mentais"
2	Atendimento e condutas da equipe médica	Identificação e controle das doenças mentais	10	"conhecimento e controle das doenças mentais dos funcionários"
				"cuidar da saúde mental de todos os trabalhadores como forma de prevenir ou diagnosticar precocemente doenças"
				"aplicar questionários sobre comportamento, estilo de vida e específico de saúde mental"
				"exame Médico Ocupacional com questionários sobre o tema"
				"programa de controle de ansiedade"
				"diagnóstico precoce de transtornos mentais"
				"diagnóstico precoce e acompanhamento das doenças mentais"
				"orientações e identificação precoce do adoecimento mental"
				"programa de Saúde mental, com ênfase na prevenção do suicídio"
				"programa Geral de Saúde Mental no Trabalho, o de Risco de Suicídio"
		Combate à dependência química	3	"tratamento dos dependentes químicos"
				"programa de combate as drogas"
				"combate aos vícios álcool e drogas"
		Fluxo de atendimento multidisciplinar para suporte do paciente com risco de suicídio	8	"facilitar o acesso ao profissional da psicologia"
				"suporte Psicológico remoto 24/7"
				"oferta de serviços psicológicos e psiquiátricos"

QUADRO 4 - DESCRIÇÃO DAS OPINIÕES DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS, CLASSIFICANDO-AS EM DIMENSÕES.

(conclusão)

Dimensões		Subdivisões categóricas	Quantidade	Opiniões dos especialistas
2	Atendimento e condutas da equipe médica	Fluxo de atendimento multidisciplinar para suporte do paciente com risco de suicídio	8	"designar os casos confirmados para profissionais especialistas em cada tipo de tratamento (tratamento assertivo)"
				"...criar terapêuticas eficazes com monitoramento contínuo e direcionado"
				"triagem e encaminhamento"
				"sistemas de apoio psicossocial e de saúde aos trabalhadores"
				"apoio psicológico"
3	Liberdade de expressão	Canal de comunicação confidencial de violência no trabalho	3	"oferecer canais de comunicação e apoio"
				"...expor seus problemas pessoais ou profissionais de forma sigilosa e segura..."
				"espaço seguro para o colaborador poder manifestar suas angústias"
4	Promoção dos mecanismos de enfrentamento dos trabalhadores	Desenvolvimento pessoal	8	"autoconhecimento e gestão de emoções" "mapeamento de fatores de risco para desenvolvimento de patologias psicossociais" "APP Cíngulo" "estimular o desenvolvimento das condições de enfrentamento dos funcionários" "estímulo da empresa pelos mecanismos de enfrentamento dos trabalhadores" "abertura para contatos interpessoais construtivos" "programas de RH de motivação e construção pessoal" "trabalhar na prevenção com orientações de autocuidado"

FONTE: Trotta (2021).

Por fim, os resultados deste estudo foram significativos para a formação do modelo de prevenção, pois mostraram as opiniões e prioridades dos médicos especialistas, que estão à frente dos programas preventivos coletivos das empresas, sobre a temática de prevenção de suicídio em suas respectivas organizações de trabalho.

O artigo científico apresentado na figura 18 é o segundo que faz parte deste estudo, sob o título "Percepções dos especialistas em medicina ocupacional sobre prevenção de suicídio nas organizações de trabalho". Este estudo foi submetido na revista Global Journal of Health Science, e publicado em abril de 2021. O artigo na íntegra está no apêndice 2.

FIGURA 18 – ARTIGO CIENTÍFICO QUE COMPÕE UM DOS RESULTADOS DESTE ESTUDO, SUBMETIDO NA REVISTA *GLOBAL JOURNAL OF HEALTH SCIENCE*, INTITULADO: *PERCEPTIONS OF OCCUPATIONAL MEDICINE SPECIALISTS ON SUICIDE PREVENTION IN THE WORKPLACE*.

Global Journal of Health Science; Vol. 13, No. 5; 2021
 ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744
 Published by Canadian Center of Science and Education

Perceptions of Occupational Medicine Specialists on Suicide Prevention in the Workplace

Juliano de Trotta¹, Sérgio C. Kowalski², Cláudia Lúcia Menegatti³, Francisco Cenci Comin¹,
 Plínio César Neto¹ & e Marina Rachid Barreto⁴

¹ Pontifical Catholic University of Paraná, School of Medicine, Curitiba, Paraná, Brazil
² Federal University of Paraná, Department of Internal Medicine, Curitiba, Paraná, Brazil
³ Pontifical Catholic University of Paraná, Department of Psychology, Curitiba, Paraná, Brazil
⁴ Little Prince College, Medicine College, Curitiba, Paraná, Brazil

Correspondence: Juliano de Trotta, School of Medicine, Pontifical Catholic University of Paraná, Curitiba, PR., Brazil. Tel: 55-(41)-99501-9502.

Received: January 8, 2021 Accepted: April 3, 2021 Online Published: April 13, 2021
 doi:10.5539/gjhs.v13n5p81 URL: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v13n5p81>

Abstract

Suicide rates have taken on alarming dimensions with catastrophic consequences. This study aims to understand the perceptions of occupational medicine specialists about suicide prevention and describe what actions work organizations are taking to prevent suicide among their workers. This is an exploratory, cross-sectional, descriptive, quantitative study, carried out with 24 occupational medicine specialists with experience in workers' mental health, using online forms. The analyses were performed using Excel and SPSS software. In the results, the indicators that most appeared among specialists as prevalent in the development of controls for suicide risk were: (1) to control the reasons for social security leaves (n = 23, 95.8%); (2) to train leaders for people management (n = 23, 95.8%); and (3) to have an official means of communication within the company to report violence at work (n = 20, 83.3%). There were 42 recommendations described by the specialists. They were grouped into 8 categories and are part of 4 different dimensions of suicide prevention. Suicide is a complex phenomenon of multifactorial nature, which involves all the dimensions of life and influences the people close to it directly and indirectly. Therefore, there is no single way to approach this issue in work organizations, nor a single way to promote prevention, given the fact that the practical experiences of the physicians expand the approach of health services.

Keywords: mental health, health program, suicide, prevention of mental disorders at work

FONTE: Trotta (2021).

5 MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO

Neste capítulo, demonstra-se como foi o processo de formatação do modelo preliminar de prevenção de suicídio e a evolução deste modelo pelas experiências trazidas na aplicação em uma empresa de grande porte. Como também, pela pesquisa de opinião realizada com os especialistas, fornecendo o substrato final para a organização do modelo de prevenção de suicídio em organizações de trabalho.

5.1. MODELO PRELIMINAR - FORMATAÇÃO DO MODELO DE INTERVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

De acordo com a revisão de literatura, as ações preconizadas para combater as condições ou situações que interferem no risco de suicídio, são as variantes de influência que conduzem à autoagressão (item 4.1), posteriormente foram classificadas segundo as recomendações dos três níveis de prevenção de Leavell e Clark, descritos no item 4.2, para formação do modelo preliminar de prevenção e suicídio.

5.1.1 Contexto da formação do modelo preliminar

O suicídio é uma forma de morte traumática e violenta. Acarreta estigmas impactantes a tudo que está ligado ao ato, como também pela forma súbita que a morte atinge abruptamente a organização como um todo. Estabelecem sentimentos de terror, desamparo e de desesperança generalizado. Muitas das organizações de trabalho têm dificuldade em lidar no coletivo com este infortúnio, por vezes tentando abafar o ocorrido sem o entendimento e a reação adequada.

Vários autores chamam a atenção que a prevenção de suicídio não foi adequadamente abordada no passado, nem nos trabalhadores, nem na sociedade como um todo. Seja pela falta de entendimento da dimensão do problema, seja pelo preconceito em argui-lo abertamente (GERMAIN, 2014; WHO, 2006; MANN, APTER, BERTOLETE, 2005).

Na revisão sistemática do estudo de Mann et al. (2005), discutem-se as dificuldades de averiguar a eficácia de algumas ações chaves nas estratégias

usadas para prevenção de suicídio. Ali, sugerem-se algumas intervenções mais promissoras para serem utilizadas, como: educação médica na conduta perante o comportamento de risco de suicídio, restrição do acesso aos métodos letais e capacitação dos líderes de conexão.

O passo inicial da formatação do modelo estratégico preliminar de atuação contra o suicídio nas empresas é conhecer como o fenômeno atinge a população em geral e como isso pode influenciar a ocorrência do ato dentro das organizações de trabalho.

Neste contexto, apesar de não ser raro se encontrar dados estatísticos sobre suicídio no Brasil e no mundo, têm-se dificuldade em saber as taxas reais de suicídio ocorridas dentro das organizações de trabalho de forma confiável. Índícios podem vir dos números do DATASUS. Porém, nesta fonte, não existe estatísticas específicas de suicídio ocorridos em local de trabalho, esta informação pode estar ocultada nas estatísticas elencadas como “outros lugares” ou como “locais ignorados” que juntos correspondem a cerca de 16% dos locais onde ocorreram suicídios no período 2010 a 2019 (últimos 10 anos de estatísticas disponíveis do DATASUS). Esses podem ter ocorrido (ou parte deles) dentro das organizações de trabalho. Fato é não se ter informações seguras de suicídios ocorridos dentro das organizações de trabalho no Brasil.

O francês Christophe Dejours (2010) psiquiatra, psicanalista e professor no *Conservatoire National des Arts et Métiers*, em Paris, é um dos autores mais respeitados da atualidade e estudioso das condições organizacionais que podem levar ao suicídio. Mesmo havendo dificuldade em saber quantos suicídios ocorrem dentro das empresas, ele refere que basta um caso de suicídio dentro da organização de trabalho para ser esta uma mensagem brutal para a empresa. Pois, sinaliza que algo não vai bem e que novos casos são iminentes, necessitando intervenção imediata nos processos e nas pessoas da organização (DEJOURS, 2010).

A *Suicide Prevention Australia* (2014) afirma que o suicídio é plenamente evitável, e outro estudo, Doran et al. (2016) afirma que a implantação de um programa multifacetado no ambiente de trabalho pode evitar casos de suicídio ou mesmo de tentativas de suicídio dos trabalhadores, assim também seriam evitadas as lesões residuais decorrentes da autoagressão. Pois, além da questão humanitária, ao mesmo tempo economiza recursos da empresa, em uma revisão

orçamentária estes autores sugerem que para cada um dólar australiano investido em prevenção, existe um retorno de AU \$4,60 para a empresa.

As intervenções escolhidas para compor o modelo preliminar de ações na prevenção do suicídio, foram norteadas pelas bases teóricas literárias. Estes estudos definiram quais seriam os temas centrais abordados no modelo preliminar, fazendo parte das dimensões principais com suas subdivisões de abordagem e camadas de categorias.

5.1.2 Tipos de intervenções do modelo preliminar

Para estipular as ações do modelo preliminar de prevenção de suicídio foram analisados os fatores de influência ao risco de suicídio encontradas nas sete vertentes principais descritas da revisão de literatura do capítulo quarto: 1) Apoio e controle das doenças mentais; 2) Combate a dependência química; 3) Promoção da melhoria da qualidade vida e estimulação dos mecanismos de resistência e enfrentamentos; 4) Eliminação, substituição ou redução dos fatores de risco ambientais de exposição ocupacionais – controle da higiene ocupacional e ergonomia; 5) Medidas de combate à violência no trabalho; 6) Capacitação e treinamento de pessoas, criação de fluxos de acolhimento e tratamento da “crise” suicida precocemente; 7) Eliminar ou dificultar o acesso aos meios de extermínio; 8) Suporte e acompanhamento dos funcionários com risco suicidogênico iminentes e por fim, 9) Instrução continuada e comunicação.

Estas nove vertentes chaves foram agrupadas em cinco dimensões de intervenções por critério de afinidade, abaixo segue a fundamentação do conjunto de ações por cada dimensão.

1) Primeira dimensão - Controle das doenças ou situações de risco:

Para esta dimensão é fundamental o mapeamento das situações que ocorrem com os trabalhadores e que podem trazer aumento do risco de suicídio, como por exemplo: conhecer os trabalhadores que estão em tratamento por doenças mentais, principalmente, transtornos do humor, transtornos ansiosos, esquizofrenia, transtornos por uso de substâncias psicoativas e aqueles que já tiveram episódios de tentativas de autoextermínio (TAE). Outras situações também devem ser conhecidas, pois algumas vezes necessitam de intervenções médicas especializadas, como: trabalhadores que sofreram ou ainda estão sofrendo assédio

moral ou sexual, ter passado recentemente por situações de sofrimento (divórcio, perda de ente próximo), estar passando por dificuldade financeira, ter sofrido acidentes com amputações ou lesões deformantes e trabalhadores que estão próximos de suas aposentadorias.

Para esta dimensão é importante ter o conhecimento dos indicadores coletivos de saúde da organização de trabalho e confiança dos trabalhadores para que estas situações sejam reconhecidas, mapeadas e acompanhadas, atuar caso necessário, precocemente em apoio ao trabalhador quanto ao sofrimento vigente.

Existem muitos indicadores de saúde dentro das organizações de trabalho, que podem trazer ampla concepção do estado de saúde dos trabalhadores, fornecendo substrato importante para esta dimensão do modelo, como exemplo: 1) incidência e prevalência dos atestados médicos que geram o absenteísmo por grupo de doenças ou CID (código internacional de doenças); 2) Informações da anamnese trazidas pelos trabalhadores nos exames periódicos ocupacionais; 3) Modo de utilização e sinistralidade do benefício saúde proporcionado pela instituição, principalmente dos funcionários titulares, 4) Controle da compra de medicamentos e suas respectivas finalidades, 5) Realização de pesquisa do perfil sociodemográfico epidemiológico dos funcionários da empresa. Todos estes dados devem ser do domínio do médico responsável pela organização e deve haver pró-atividade na realização de fluxos de tratamento e acolhimento dos trabalhadores necessitados.

Outro ponto importante desta dimensão é criar um fluxo de atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos trabalhadores em sofrimento mental, treinar a equipe de saúde para o pronto atendimento dos casos emergenciais de transtornos mentais e dependência química, ter parceiros especializados para absorver o trabalhador na prioridade que ele necessita.

2) Segunda dimensão - Melhoria da higiene ocupacional

Como já revisado neste estudo, existem substâncias químicas nas áreas produtivas que são reconhecidamente devastadoras para o sistema nervoso, causando condições psicopatológicas que podem influenciar diretamente no aparecimento dos transtornos mentais com aumento do risco de suicídio.

Para tal, são necessárias ações de eliminação ou controle de exposição a substâncias químicas neurotóxicas, implementando melhorias das condições de trabalho com avaliações ergonômicas dos postos de trabalho (AET). Tais intervenções devem contemplar não só os aspectos da ergonomia física, mas

também a cognitiva e organizacional, devendo ser periódicas, buscando a redução da exposição aos fatores de risco ocupacionais.

3) Terceira dimensão - Ações no ambiente organizacional

Todas as ações nas cinco dimensões propostas neste modelo estão relacionadas e sofrem mutuamente influências sinérgicas, mas o ambiente organizacional traduz o reflexo de todas as forças que regem a organização de trabalho e sua cultura. Tem em seus atores o exemplo comportamental que caracteriza a transparência da organização.

No modelo, sugerem-se intervenções contínuas de treinamentos e esclarecimentos em vários níveis hierarquizados, principalmente nos junto aos gestores de pessoas, com palestras sobre saúde mental, treinamentos sobre liderança, esclarecimento sobre assédio e violência no trabalho, definição de metodologia de *feedbacks* de metas.

Outra ação desta dimensão é a criação de central de denúncias de violência no trabalho, com suporte jurídico e psicológico, formalizado com plano pré-estruturado de contingências e consequências, com a finalidade de ouvir, entender e reagir às queixas dos trabalhadores.

4) Quarta dimensão - Relacionamentos sociais

As ações desta dimensão têm o intuito de criar e manter as relações de trabalho adequadas e saudáveis, com comunicações transparentes, objetivas e acolhedoras. Propõe-se aqui, promoção de reuniões em horário de trabalho, nos diversos turnos com encontros motivacionais entre os funcionários, oficinas de autoconhecimento, treinamento de comunicação não-agressiva, instrução e esclarecimento sobre os fatores de risco do comportamento suicida. Sugere-se a criação e treinamento de uma rede de solidariedade interna, com os próprios trabalhadores sendo protagonistas do acolhimento de seus colegas de trabalho, com orientação de encaminhamento segundo as necessidades.

5) Quinta dimensão- Mecanismos de enfrentamentos

Para promover saúde mental aos trabalhadores, devem-se proporcionar mecanismos de enfrentamento das dificuldades da vida. Deve-se buscar métodos que possam ser usados nos momentos de adversidades, como: (1) Estimular atividade física regular, o que pode ser feito com convênios entre as organizações de trabalho e academias locais. (2) Alimentação saudável, empresa cuidando da qualidade da alimentação dos seus trabalhadores, (3) Desenvolver a espiritualidade

de seus trabalhadores por meio de oficinas de Yoga, encontros de meditação, autoconhecimento, palestras sobre controle das emoções.

Por fim, a ponte de integração de todas as dimensões é a comunicação, atuando não como uma dimensão isolada, mas como parte integrante de todo o processo, com o objetivo de ser ostensiva e sensibilizadora, usando meios diversificados internos de comunicação que a organização possuir, integrada com cada dimensão e buscando o esclarecimento e a adesão dos empregados na participação das ações instituídas.

5.1.3 Classificação das ações de Leavell e Clark

Na organização do modelo preliminar, o próximo passo foi classificar as ações nos três níveis preventivos de Leavell e Clark, podendo ser individuais e coletivas, algumas hierarquizadas de acordo com a função do trabalhador, outras focadas em mudanças organizacionais e estruturais do processo de trabalho.

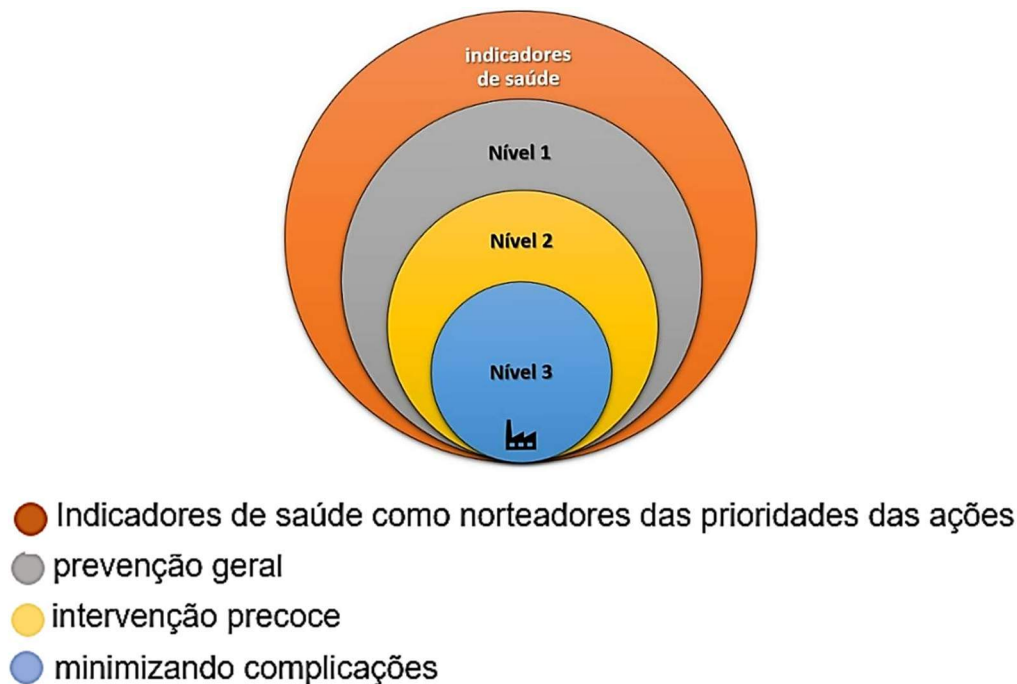
A escolha da classificação de Leavell e Clark em detrimento da classificação de Gordon, foi por se basear na história natural do fenômeno, considerando a prevenção mesmo sem o conhecimento específico da etiologia do problema, o que vai de encontro à complexidade epistemológica e multifatorial do suicídio.

Os métodos desenvolvidos por Leavell e Clark sustentam que deve haver superação dos limites entre atitudes preventivas e curativas e fusão dos esforços entre saúde coletiva e clínica médica (AYRES, 2009).

“A perspectiva da prevenção, segundo esses autores, deve estar presente em todos os momentos em que for possível algum tipo de intervenção que evite adoecimento ou suas consequências, compondo diferentes níveis de prevenção (NP), desde transformações de condições ambientais e sociais que predisponham ao surgimento das doenças até a redução dos seus piores efeitos sobre aqueles que já adoeceram. Para sustentar essas posições, adotam a tese da multicausalidade das doenças. Segundo esta tese, o conhecimento e intervenção sobre os determinantes das doenças exige uma construção interdisciplinar, com contribuições das ciências biomédicas e das ciências humanas...” (AYRES, 2009, p.12).

A figura 19 mostra como foram agrupadas as ações dos níveis de prevenção de Leavell e Clark. Ela apresenta o raciocínio usado para montar o modelo preliminar.

FIGURA 19 – NÍVEIS DE PREVENÇÃO DE LEAVELL E CLARK



FONTE: O autor (2020).

As ações pertencentes do nível 1 de Leveall e Clark (1976) são intervenções em diversas frentes com foco na prevenção dos fatores desencadeantes que podem levar ao suicídio, sejam elas individuais, ambientais, sociais ou organizacionais, mesmo antes que o problema apareça.

- PRIMÁRIA – nível 1

- 1.a Apoio e controle dos transtornos mentais, principalmente aos transtornos do humor, da ansiedade, esquizofrenia e dependência química, além de monitorar as consequências comportamentais reacionais no local de trabalho (GULLESTRUP, LEQUERTIER, MARTIN, 2011; OGRODNICZUK et al., 2016; ROBERTSON et al., 2015; ROCHE et al., 2016; TAKUSARI et al, 2011).
- 1.b Prevenção primária, secundária e terciária à dependência química (drogas ilícitas e alcoolismo);
- 1.c Promoção da qualidade de vida e estimular as “ferramentas individuais de resistência” (alimentação saudável, atividades físicas regulares, qualidade do sono, rede social, promover aprendizado intelectual –

satisfação através da instrução e curiosidade; espiritualidade, relaxamento, etc.) (DENNESONAB, 2017; TAKUSARI et al, 2011)

- 1.d Eliminação ou redução dos fatores de risco ambientais de exposição ocupacionais:
 - Eliminação de produtos químicos utilizados em processos industriais que são psicopatogênicos (dissulfeto de carbono, solventes, metais pesados).
 - As avaliações ergonômicas do trabalho (AET) devem contemplar as mensurações das demandas ergonômicas Biomecânicas, cognitivas e organizacionais de cada posto de trabalho, só assim é possível entender as necessidades de melhorias e as prioridades das intervenções que podem melhorar as condições de qualidade de vida no trabalho.
- 1.f Treinamentos de competências e de liderança, de acordo com suas respectivas responsabilidades institucionais. O trabalhador conhece e se sente seguro nas suas tarefas organizacionais cotidianas e de sua relação com os demais colegas de trabalho. (FREITAS, 2011)
- 1.g Formatar um cronograma de campanhas institucionais, usando os diversos canais de comunicação da empresa, abordando a conscientização dos temas principais envolvidos na etiologia do risco de suicídio. Bem como, reforço dos mecanismos de enfrentamentos (esclarecer sobre doenças mentais, promover saúde emocional, dependência química, isto é, abrir canal para liberdade de expressão dos sentimentos). Esta comunicação pode ser feita por APPs, panfletos, *pop-ups* na intranet, minipalestras, esclarecimentos informatizados, jogos lúdicos, interações com atores, correios de portas, etc (BEDEIAN, 1982; POSPOS, 2018). Estas ações de comunicação podem transcender os limites da empresa na tentativa de sensibilizar não somente os trabalhadores diretos, mas também os que convivem próximos a eles.
- 1.h Eliminar ou dificultar o acesso em casa ou no local de trabalho de objetos ou acessos que podem ser usados como maneiras de extermínio da vida... (remédios, pesticidas, produtos químicos perigosos, armas fogo, cordas, facas arredondadas, locais que possam ser usados intempestivamente como situação de risco: janelas, terraços, sacadas) (HOUTSMA, 2018).

- 1.i A percepção do médico examinador no exame pré-admissional da capacidade psíquica do candidato para executar e assumir determinadas funções é importante na decisão da aptidão e prevenção de agravos a saúde mental (BEDEIAN, 1982; LANGONE, 1981).

- SECUNDÁRIA – nível 2

Neste nível de prevenção se procuram ações, tratamentos ou melhorias as mais precoces possíveis em casos de potencial risco de suicídio. Desenvolvem-se estratégias integradoras que previnam o desenvolvimento ou agravamento dos sintomas.

- 2.a Dar atenção o mais breve possível aos casos de risco. Identificar os grupos de risco:

- Existem situações que aumentam a incidência de suicídio, como: desemprego, certas atividades específicas dentro da empresa, alterações brusca da situação social, histórico suicidogênico familiar, trabalhadores que possuem facilidade ao acesso a meios de morte, transtornos mentais (transtornos do humor, esquizofrenia), população vulnerável (pessoas com deficiências físicas, adolescentes, idosos, população LGBTQIA+, pessoas com doenças crônicas e câncer). Pessoas que tenham histórico de uso e abuso de substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas) e pessoas que estão passando por situações estressantes e/ou traumáticas (separação, luto, falência, situações estéticas, assédio no trabalho, *bullying*, pós-amputações) (KRÜGER e WERLANG, 2010; FUKUMITSU, 2015).
- Treinamento dos gestores de pessoas, principalmente os chamados de líderes de conexão, para que em um primeiro momento, conheçam a fisiopatologia dos fatores desencadeantes do sentimento de suicídio e abordagem precoce do problema (TERPSTRA et al, 2018; MILNER et al, 2016; KNOX et al, 2010; GOLDMAN e SCHMALZ, 2003).
- Capacitação da equipe de saúde interna para reconhecimento dos riscos de suicídio e de esclarecimento do fluxo de ações e tratamento (TERPSTRA, 2018; GRAVES et al, 2018; SUDAK et al, 2007; DE LEO, 2013; SAMPAIO e BOEMER, 2000; FINAZZI-SANTOS, 2010).

- Criação de um fluxo de saúde multidisciplinar para pronto emprego, isto é, disponível e pronto para ser desencadeado, para os pacientes diagnosticados com comportamento de risco suicida, quando for o caso (MÜLLER, 2015).
- 2.b Verificar os processos de *feedback* de resultados, treinar a liderança na abordagem e controle de assédio, cultivar a humanização das relações de trabalho. Enfatizar a importância do indivíduo trabalhador para o alcance das metas corporativas da empresa. (DEJOURS, 2010; FREITAS, 2011; FINAZZI-SANTOS, 2009.)
- 2.c Canal direto de denúncia interna de “violência no trabalho” (assédio moral e sexual). Identificar os setores de risco ou dos casos isolados de violência, formatar um canal de tratativa das possíveis denúncias, pré-estabelecer um comitê para investigação dos casos, desenvolver internamente uma “política de consequências”.
- 2.d Formatar uma rede de apoio de pronto atendimento para os necessitados identificados na empresa. Sejam os profissionais da área de saúde (psiquiatra, psicólogo), sejam pessoas treinadas para este tipo de apoio (ONGs, AA, NA, CVV), familiares, pessoas próximas, etc. (JAMISON, 2010; GOLDMAN e SCHMALZ, 2003; KRÜGER e WERLANG, 2010; MÜLLER et al, 2015; TAKUSARI et al, 2011).
- Possibilidade de um psicólogo fazer atendimentos dentro da organização de trabalho tanto na coletividade quanto na individualidade, para otimização do resultado (DAOLIO, 2012; DEJOURS, 2010; FINAZZI-SANTOS, 2010). A triagem e prioridade de agendamento deve ser otimizada pela indicação do médico do trabalho.
- 2.f Suporte e acompanhamento das doenças crônicas (diabetes mellitus, hipotireoidismo, doenças autoimunes, neoplasias, doenças infecciosas crônicas);

- **TERCIÁRIA – nível 3**

Intervenção para não-agravamento, não-recaídas e reabilitação!

- 3.a Os funcionários que já estão em tratamento ou que já tiveram um episódio de TAE, devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar e

fidelizados no ambulatório médico com a periodicidade de acordo com a gravidade do caso e proporcional com a situação comportamental em que se encontram (BRYAN et al, 2016).

- Alguns pacientes de risco devem ser acompanhados por tempo prolongado, mesmo quando estão afastados do trabalho. O uso de meios de comunicação (por exemplo: telefone) para contatos periódicos em datas chaves como data próximas aos aniversários, Natal, feriados prolongados, entre outras. Seja por meio de percepção como meio de suporte e atenção para estes pacientes (CHAN et al, 2018; GOLDMAN e SCHMALZ, 2003)
 - Neste mesmo contexto, devem ser verificadas as circunstâncias operacionais do seu trabalho dos funcionários vulneráveis, levando em consideração o potencial de agravamento da sua doença, risco de acidentes, turno de trabalho, exigência das demandas cognitivas e revisar as metas profissionais.
- 3.b Para os funcionários que estiverem retornando de afastamentos, criar um fluxo de acolhimento na reinserção da atividade laboral (médico – RH – Gestor local). Alguns funcionários por vezes se mantêm por longos períodos afastados da empresa e quando voltam, sentem-se deslocados pelas diversas mudanças da instituição a qual faziam parte. Reservar uns minutos para orientações, como: entrega de EPIs, reapresentações aos colegas do setor, acerto de armários, alinhamento operacional das atividades.

Os fatos e dados da fundamentação teórica sobre suicídio, foram incorporados aos conceitos de níveis de prevenção trazidos neste estudo de Leavell e Clark, distribuindo as ações conforme o quadro 5.

QUADRO 5 – TIPO DE INTERVENÇÃO, NÍVEIS DE PREVENÇÃO, POPULAÇÃO ALVO SEGUNDO LEAVELL E CLARK.

(continua)

Ações orientadas pela literatura e especialistas	Foco da ação	Ações	Nível de Prevenção de Leavell e Clark		
			Primário (medidas gerais preventivas, período pré-patogênico)	Secundário (ações para público seletivo de risco, processo patológico em andamento)	Terciário (ação para evitar consequências maiores, reabilitação)
Grandes grupos de intervenções	Tipo de intervenção	Forma da ação			
Grupo 1	Controle de doenças e situações de risco	Mapeamento do perfil saúde do trabalhador	Mapeamento das diversas patologias e hábitos de vida de risco dos trabalhadores (pelo exame ocupacional e pesquisa do perfil Epidemiológico)	Acompanhamento dos pacientes com doenças ou situações específicas: doenças crônicas, enlutados, transtornos mentais menores, acidentados graves ou os que estão próximos da aposentadoria.	Intervenção pacientes com TAE, depressão, bipolares, esquizofrênicos e dependência química.
Grupo 1	Controle de doenças e situações de risco	Comunicação	Comunicações voltadas a melhoria da qualidade de vida.	Comunicação e instrução sobre doenças mentais e dependência e desmistificar a procura de ajuda	Comunicação criteriosa sobre vulnerabilidade para o comportamento suicida.
Grupo 1	Controle de doenças e situações de risco	Suporte profissional	Rede social de solidariedade interna	Fluxo de tratamento pré determinado para pronto emprego dos casos necessários	Psicólogo na empresa – grupos de apoio
Grupo 2	Higiene ocupacional	Ação nos processos produtivos	Mapeamento das condições insalubres e melhoria contínua das condições de trabalho	Promover ações de melhoria em ergonomia física.	-Promover ações ergonomia cognitiva e organizacional. Eliminação de substâncias reconhecidas como geradoras de alt. Comportamentais. - Eliminar ou dificultar o acesso aos meios de extermínio
Grupo 3	Ambiente organizacional	Atividades integrativas	Dia de encontro de lideranças em ações motivacionais	Palestra de instrução para liderança sobre saúde mental no trabalho, esclarecendo os sinais e sintomas das doenças mentais.	Palestra sobre suicídio e suas consequências.

QUADRO 5 – TIPO DE INTERVENÇÃO, NÍVEIS DE PREVENÇÃO, POPULAÇÃO ALVO SEGUNDO LEAVELL E CLARK.

(conclusão)

Ações orientadas pela literatura e especialistas	Foco da ação	Ações	Nível de Prevenção de Leavell e Clark	Ações orientadas pela literatura e especialistas	Foco da ação
Grandes grupos de intervenções	Tipo de intervenção	Forma da ação	Primário (medidas gerais preventivas, período pré-patogênico)	Secundário (ações para público seletivo de risco, processo patológico em andamento)	Terciário (ação para evitar consequências maiores, reabilitação)
Grupo 3	Ambiente organizacional	Violência no Trabalho Treinamento	Palestra geral sobre comunicação inter e intra pessoal – “comunicação não-violenta”.	Treinamento de gestores sobre liderança e da equipe de saúde no diagnóstico precoce.	Treinamento de gestores sobre assédio sexual e moral.
Grupo 3	Ambiente organizacional	Ação com liderança	Encontro coletivo motivacional e eventos internos na empresa com foco na saúde mental.	Ter mecanismos metodológicos sobre “feedback” das metas dos trabalhadores, tentar promover processos produtivos de auto-controle	Comunicação da liderança ao serviço de saúde de trabalhadores que necessitam atenção individual, por qualquer situação comportamental
Grupo 4	Rede social		Promoção de encontros dos funcionários	Liga de solidariedade interna – “Posso te ajudar?”	Visita social domiciliar
Grupo 5	Mecanismos de enfrentamentos	Atividades para os trabalhadores	Promover atividade física, programas de alimentação saudável, promover auxílio instrução e evolução profissional	Facilitar o acesso do trabalhador a, a serviços voluntários e caridade, estimular a espiritualidade, proporcionar e Oficinas de Meditação e Yoga em horário de trabalho	Reunião individual com o médico ou psicólogo do trabalho, para acolhimento, estímulo ao enfrentamento e apoio ao tratamento.
Grupo 5	Mecanismos de enfrentamento	Comunicação	*Instrução de melhoria qualidade e hábitos de vida	-Avaliação individual de trabalhadores em tratamento por transtornos mentais ou situações de vulnerabilidade	*Consulta de afastamentos por doença mental

FONTE: O autor (2020).

Das nove vertentes influenciadoras no comportamento suicida descritas na literatura, foram fonte de inspiração para a formatação de ações em saúde que relacionadas os três níveis de Leavell e Clark, terminaram agrupadas em cinco grandes dimensões de intervenção em suicídio, resultando no modelo preliminar de intervenção de prevenção do suicídio para organizações de trabalho (FIGURA 20).

FIGURA 20 – MODELO TEÓRICO PRELIMINAR DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO QUE SERVIU DE BASE PARA AS ESCOLHAS DAS AÇÕES NA EMPRESA



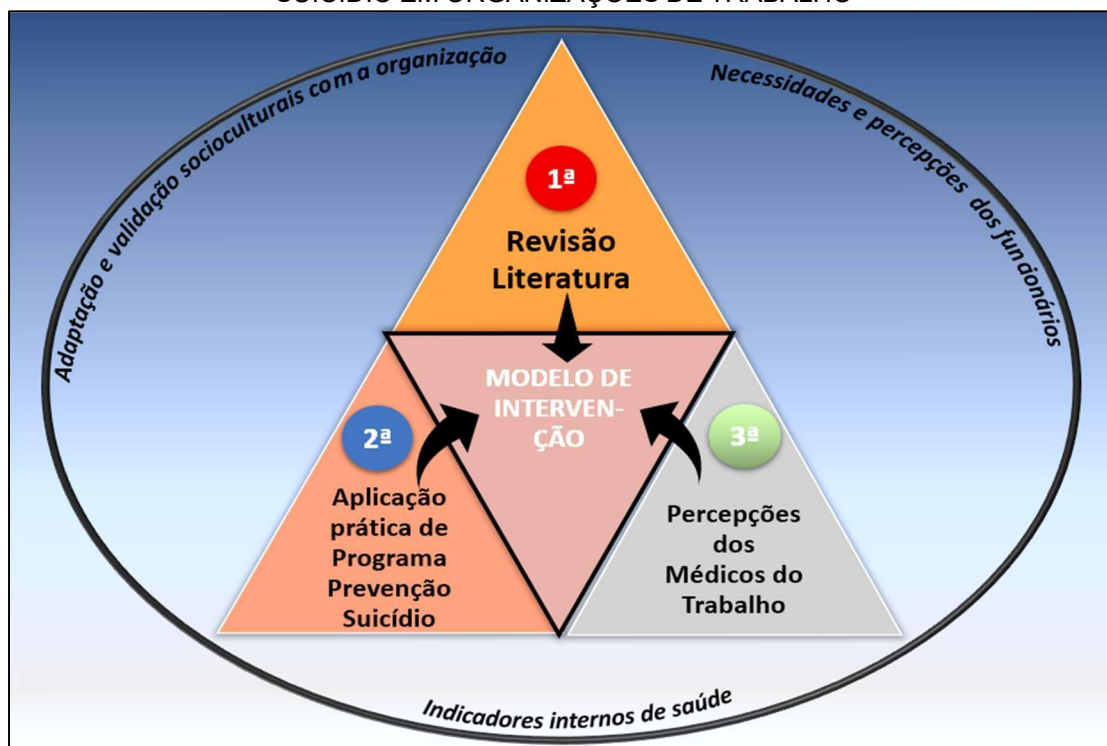
FONTE: O autor (2020).

As dimensões do modelo preliminar foram adaptadas à cultura, inseridas na dinâmica produtiva e validadas com os gestores. Desta maneira, propõem-se uma macroestratégia para a prevenção suicídio que foi aplicada na prática, em uma organização de trabalho.

5.2 MODELO FINAL – MODELO ESTRATÉGICO PARA INTERVENÇÕES EM SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

Em um segundo momento, uma vez formatado o modelo preliminar teórico, seguiu-se com as ações das etapas dois e três dos pilares em direção ao modelo final, representados pela aplicabilidade do modelo e a pesquisa com os especialistas. Estas etapas trouxeram experiências enriquecedoras e transformadoras que trouxeram melhorias no modelo preliminar e foram absorvidas pelo modelo final de prevenção de suicídio em organização de trabalho (Figura 21).

FIGURA 21 – INFLUÊNCIA DOS PILARES NA FORMAÇÃO DO MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

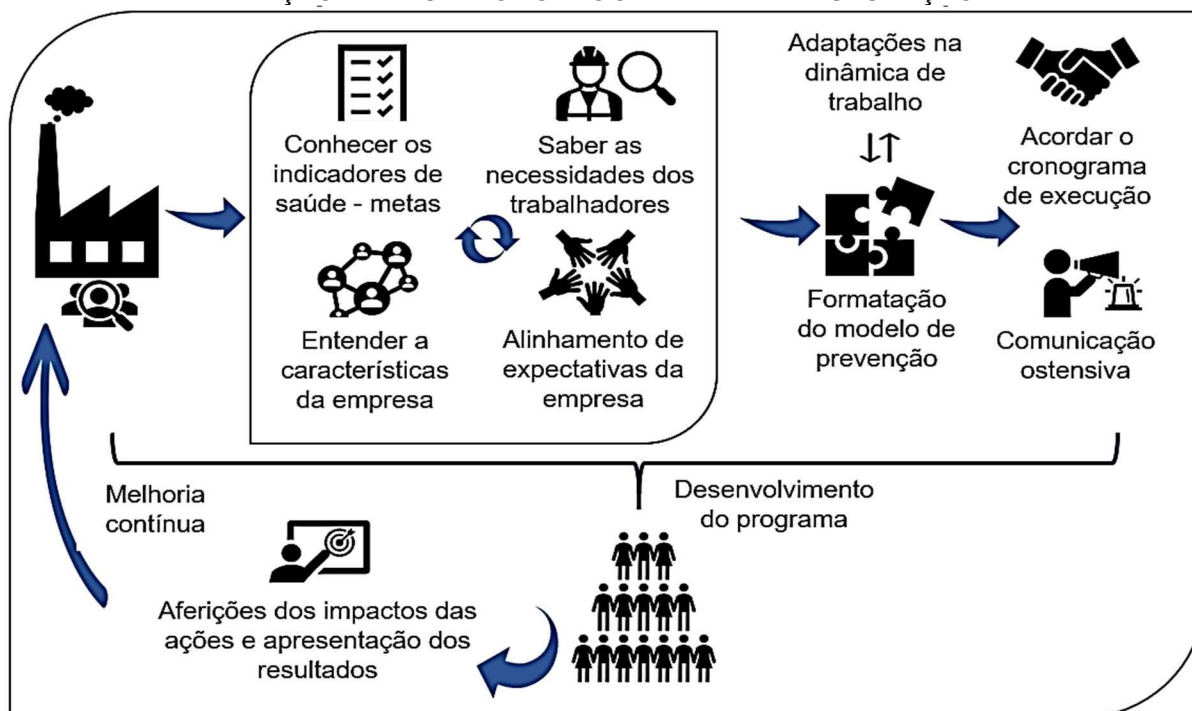


FONTE: O autor (2021).

Antes de se entrar propriamente no assunto principal deste estudo, é importante contextualizar algumas considerações gerais sobre a viabilização de projetos de saúde em organizações de trabalho.

O pródomo da sustentabilidade aos programas de saúde nos locais de trabalho necessita de amplo acordo e de consentimento entre as pessoas envolvidas, conhecimento de indicadores coletivos de saúde e alinhamento com os processos, interesses da empresa e dos trabalhadores (FIGURA 22). Só depois de uma sensibilização inicial se torna possível a execução deste modelo de prevenção de suicídio.

FIGURA 22 – ACORDOS ORGANIZACIONAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE SAÚDE. ORGANOGRAMA DE ESTRUTURAÇÃO.



FONTE: O autor (2021).

A empresa como palco de manifestação dos atores da organização de trabalho, deve ter como substrato para seu início o conhecimento dos: indicadores de saúde local, entendimento das características socioculturais no qual o programa será inserido. Saber se as necessidades da população alvo estão em sintonia com a proposta de ações elencadas e tudo deve estar em harmonia com os interesses da organização neste tipo de iniciativa. Vencidos os entendimentos iniciais e adaptado o modelo de prevenção de suicídio à dinâmica de trabalho da empresa, busca-se o consentimento da liderança para a execução do modelo. Somente depois do cronograma do modelo acordado, segue o desenvolvimento das ações e aferição dos resultados e impactos obtidos. Fecha-se o ciclo com as melhorias das ações.

Conforme o estudo nos três primeiros meses da aplicabilidade prática do modelo preliminar, no pilar do absenteísmo dos trabalhadores da empresa por motivo de afastamento, se percebeu um aumento do absenteísmo por doença mental em 12,8%. Isto é, um aumento de dias perdidos de trabalho por CID F (código internacional de doenças, sendo a letra F indicativa de transtornos mentais). Em uma primeira impressão, esperava-se que o programa promovesse uma redução na detecção dos transtornos mentais entre os colaboradores da empresa, o que não ocorreu pelo controle de absenteísmo. Após entendida esta questão, verificou-se

que a justificativa do aumento inicial do número de atestados por transtorno mental foi pela quebra do silêncio e do tabu que envolvia a procura por tratamento. Assim, alguns afastamentos foram motivados pela liberdade que o programa proporcionou.

O pilar de aplicabilidade prática foi de grande aprendizado e contribuiu com algumas percepções fundamentais para implementação no modelo final de prevenção ao suicídio. Qualitativamente apresentadas pela ótica do profissional-especialista, estão sintetizadas a seguir:

- Não basta ter um projeto estruturado sem ter o conhecimento dos indicadores de saúde dos trabalhadores, pois estes são os que vão nortear as metas a serem alcançadas.
- Um programa de saúde deve ser amplamente discutido com a gestão executiva da empresa e viabilizado por ela. É necessário estar estrategicamente fundamentado, apresentado, entendido e acordado com a alta liderança da empresa.
- Qualquer programa de promoção de saúde tem que fazer sentido para os envolvidos e trazer retorno para a organização de trabalho, esta percepção vem da análise dos indicadores internos de saúde ou por uma pesquisa transversal de perfil sócio epidemiológico na empresa.
- O modelo não pode estar deslocado no tempo ou no espaço sociocultural onde vai ser desenvolvida. Toda a organização de trabalho tem suas particularidades, e o programa de prevenção deve estar alinhado com a dinâmica do processo de trabalho da empresa.
- Um programa de prevenção desta complexidade dentro da organização de trabalho deve ser construído com parceiros apoiadores de todo o processo, pois necessita de envolvimento de múltiplas áreas e setores da empresa.
- A comunicação ostensiva é fundamental, cada atividade e seu objetivo alerta a instituição para o que está acontecendo, além de engajar os trabalhadores, auxiliar também a gestão na organização dos processos trabalho a fim de poder liberar o trabalhador para participação.
- As ações devem ter visão de transcendência, não só para atingirem o trabalhador, mas devem ser voltadas para o ser humano integral, transpondo os limites do ambiente organizacional e atingindo também a

comunidade na qual ele está inserido, podendo mudar a realidade da sociedade local na qual ele se relaciona.

Por fim, não basta ter um modelo teórico excelente e fundamentado nas melhores bases literárias, se não houver o entendimento global para o qual ele foi programado para acontecer. Pensar nos seus resultados, consequências, metas, acordos e melhorias contínuas para que as ações planejadas possam ocorrer e tragam o impacto final desejado.

A pesquisa com os especialistas, gestores de saúde de medicina organizacional, com experiência em saúde mental do trabalhador, mostrou que algumas intervenções eram mais prevalentes do que outras, foram mais realizadas pelos gestores, e trouxe uma visão de prioridade das ações. Com intervenções relacionadas ao controle dos transtornos mentais, situações vulneráveis e fluxo de tratamento ficaram em primeiro lugar. Seguidas das ações de comunicação, treinamento e capacitação de pessoas. Depois os mecanismos de enfrentamento e por último a liberdade de expressão por um meio de comunicação interna.

Desta maneira, reorganizaram-se as dimensões que se transformaram em quatro grandes áreas de agrupamento das ações, sendo a comunicação, parte integrante de todos os níveis do modelo. Esta representação gráfica é o produto final de todo este estudo (FIGURA 23).

FIGURA 23 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MODELO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO – RESULTADO DA TESE



FONTE: O autor (2021).

Este estudo finaliza com a proposta deste modelo de prevenção de suicídio em organizações de trabalho, preconiza ações satélites que devem ser adequadas à organização em questão e seguir o caminho de orientação já apresentado na Figura 10. As sugestões de intervenções que compõem as quatro dimensões estão discutidas a seguir:

- Controle das doenças e situações de vulnerabilidade:

Diz respeito à identificação, abordagem e tratamento dos transtornos mentais, da dependência química e dos trabalhadores que já tiveram episódios TAE.

No mesmo sentido, identificar, abordar e dar apoio aos colaboradores que estejam passando por doenças crônicas, impactantes, ou que afetam a qualidade de vida, como: diabetes mellitus, câncer, pacientes com diagnóstico de SIDA, doenças degenerativas. Também são fatores que podem esconder sofrimentos crônicos e influenciar diretamente na saúde mental destes trabalhadores.

Existem condições e ou circunstâncias de vida, algumas transitórias, que podem desencadear sentimentos de desamparo, desilusão, desesperança. São situações como as dificuldades financeiras (falência), luto pela perda de um ente querido, processos de separação ou dilemas familiares, funcionários que estão com idade avançada em processo de aposentadoria ou acidentes graves com sequelas, como amputações e cicatrizes em face. Estas situações também necessitam ser precocemente identificadas no grupo e ativamente acompanhadas, oferecendo, além da solidariedade, um caminho de apoio e tratamento especializado.

Por fim, para todas as situações anteriores, este estudo mostrou ser importante ter prévio acordo, um fluxo de apoio para tratamento especializado de pronto emprego. Prever que estas situações anteriores podem ocorrer e algumas vezes se necessita de profissionais multidisciplinares para pronto atendimento e intervenção precoce que facilitada pela organização, pode quebrar o ciclo de evolução para a fatalidade.

- Intervenções no ambiente organizacional:

Entende-se por ações nesta dimensão, as intervenções que podem ser estruturais ou operacionais que venham a mitigar os fatores de risco de exposição do trabalhador como as melhorias da ergonomia: física, cognitiva e organizacional.

Criação de espaços humanizados e acolhedores dentro das empresas os *smart-places*, melhorando a sensação de bem-estar do trabalhador.

Outro quesito que é tratado nesta dimensão é a segurança do funcionário, como: dificultar acesso aos meios letais, estabelecer regras quanto ao porte de armas brancas e de fogo dentro das empresas, limitação de abertura de janelas em andares altos, eliminação ou confinamento de produtos químicos tóxicos, limitação de acesso a espaços elevados.

Algumas questões comportamentais que podem ter origem nas relações interpessoais organizacionais, também se fazem presentes nesta dimensão, como ter um canal confidencial onde os trabalhadores tenham a liberdade de comunicar todo o tipo de violência no trabalho, dando oportunidade para a gestão providenciar as devidas tratativas para cada situação.

- Relacionamentos institucionais;

Esta dimensão traz a: 1) capacitação da liderança (sobre assédio moral, tipos de liderança, comunicação assertiva, sobre *feedbacks*, identificação dos principais transtornos mentais; 2) instrução e oficinas para trabalhadores: identificação das emoções, espiritualidade no trabalho, saúde mental; 3) treinamento da equipe saúde para identificação, abordagem e condução dos casos de comportamento de risco de suicídio que chegam ao setor de saúde da empresa; 4) criação de rede de apoio interna (treinar multiplicadores de solidariedade dentro da empresa) e 5) proporcionar ações voluntárias que os trabalhadores possam participar de forma espontânea e voluntária na comunidade, despertando o instinto de caridade.

- Reforçar os mecanismos de enfrentamentos.

Muito se fala no *coping*, palavra usada para traduzir o empoderamento do paciente para enfrentamento das adversidades da rotina. Existem muitos incentivos que podem ser propiciados pela empresa no estímulo para trabalhador a adquirir estas motivações interiores, como: atividade física regular, praticar alimentação saudável, melhorar sua qualidade do sono, estímulo ao desenvolvimento da espiritualidade.

Todas as dimensões devem ser amplamente comunicadas, estudadas e acordadas em cada etapa, para que exista sensibilização dos trabalhadores para o

tema, entendimento dos objetivos, e participação efetiva. A formatação de material orientativo periódico, vinculado nas mídias da organização de trabalho, divulgando o conhecimento de cada dimensão é essencial para manter vivo todo o programa que este modelo prevenção possa proporcionar.

Finaliza-se afirmando que não existe uma forma única de se prevenir o suicídio e as mazelas que acompanham o ato. Todavia, apesar da complexidade do tema e dos tabus e preconceitos sobre este assunto, as organizações de trabalho representam grande parte da vida das pessoas e este modelo tem a intenção de ajudar aos gestores de saúde a serem protagonistas na melhoria das condições de vida do trabalhador.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. OBJETIVOS ALCANÇADOS

Com o desenvolvimento de todas as etapas deste estudo, concluiu-se que um programa de prevenção de suicídio voltado para organizações de trabalho, deve compor um leque amplo de diversificadas ações, preferencialmente no nível um (de Leavell e Clark). Contudo, os outros níveis também devem existir, já que a população da empresa se encontra em situações e momentos diferentes em suas necessidades. Ainda estas intervenções devem ser acordadas e discutidas antecipadamente com a liderança da empresa e persistentemente adaptadas à dinâmica da organização em questão.

A realização deste estudo une os conceitos acadêmicos das raízes epistemológicas de sofrimento do ser humano. Identificou-se e se discutiu fatores de relação entre o comportamento suicida e o trabalho, descritos na literatura. Ultrapassaram-se formatos teóricos literários, testou-se a aplicabilidade do modelo preliminar em uma organização de trabalho, o que permitiu o entendimento das barreiras e dificuldades que as ações de um programa de prevenção de suicídio podem encontrar em um ambiente organizacional.

A pesquisa de opinião dos especialistas, médicos do trabalho, gestores dos programas ocupacionais, trouxe a prática por eles realizada na prevenção do suicídio em suas respectivas experiências. Agregou-se e se enriqueceu o que se propõe neste estudo, um modelo prático, orientativo, objetivo e aplicável de ações em suas quatro dimensões que podem influenciar na decisão no comportamento suicida do trabalhador, interromper este processo tóxico que o leva ao desfecho trágico.

6.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo foram inerentes à complexidade e à multifatorialidade do tema suicídio, ou pelas forças que regem uma organização de trabalho, devem ser levadas em consideração nos próximos estudos ou na reprodução destas intervenções.

6.2.1 Quanto à complexidade do tema suicídio no trabalho:

São muitas as variáveis que necessitam de ações para a prevenção do comportamento suicida, a locação em dimensões ajuda a organizar a efetivação das ações de prevenção.

Existem poucas organizações de trabalho com programas continuados específicos para combate ao suicídio o que limita as experiências práticas sobre o tema. O que foi suprido por esta pesquisa por não se basear unicamente nos achados da literatura, sendo que os demais pilares deste estudo sustentaram parte desta deficiência.

6.2.2 Quanto à aplicabilidade do modelo preliminar em organização de trabalho:

O método do modelo preliminar foi aplicado em uma organização de trabalho, ou seja, relato de caso único. Assim, pode ser muito diferente de outras organizações de setores econômicos distintos, o que pode limitar a percepção do resultado e necessidades de adaptações do modelo.

Outra consideração é que algumas ações do programa de prevenção de suicídio foram de curta duração, cerca de seis meses, as ações coletivas presenciais tiveram que ser interrompidas devido à impossibilidade de aglomerações pela pandemia do COVID 19. Isto não possibilitou a análise profunda dos efeitos destas ações e dos resultados alcançados, mas já foi possível entender os pontos fortes e as dificuldades que algumas intervenções do modelo preliminar de prevenção de suicídio trouxeram e que foram adequados no modelo final deste estudo.

6.2.3 Quanto à pesquisa com os médicos especialistas em medicina ocupacional:

O Brasil é um país continental com diferenças socioculturais entre as regiões. Como a amostragem de médicos especialistas foi reduzida neste estudo, pode não ter envolvido as experiências de todos os médicos gestores de regiões diferentes do país e de segmentos econômicos distintos. Neste sentido, mesmo existindo estudos referindo uma saturação de resultados das respostas qualitativas como os descritos na metodologia, concluindo-se que a partir de um certo número

de respondentes, as respostas se tornam repetitivas. Seria aconselhável em próximos estudos aumentar o número da amostra.

Estas limitações devem ser levadas em consideração para novas empreitadas sobre o tema e alertar os pesquisadores para as dificuldades trazidas por esta metodologia.

6.3 PESQUISAS FUTURAS

Este estudo desenvolveu um modelo de intervenção de combate ao suicídio, organizou e adaptou ações para as organizações de trabalho no sentido de prevenção. Sugerem-se estudos futuros acerca da posvenção, ou seja, intervenções quando um episódio de suicídio já se concretizou no local de trabalho, no sentido de que medidas urgentes devem ser tomadas na forma de identificar os motivos e minimizar as consequências para os trabalhadores e para a organização de trabalho.

6.4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Este estudo foi além de demonstrar empiricamente um programa de prevenção de suicídio teórico. Ele trouxe a contribuição de uma visão integral do trabalhador como ser humano biopsicossocioespiritual.

Demonstrou a aplicação prática do modelo em uma indústria e a percepção dos médicos gestores em suas ações sobre suicídio nas suas respectivas instituições. Discutiu o modelo de prevenção de suicídio dentro das forças e situações organizacionais que envolvem o ambiente de trabalho, pois estas podem ser fatores decisivos para o sucesso desenvolvimento do programa.

Mostrou que local de trabalho pode ser mais do que uma simples fonte de subsistência, algumas vezes, propícios a sentimentos perniciosos, mas também pode contribuir com o bem-estar e qualidade de vida do trabalhador, indo além, podendo ainda transcender os limites da empresa, propagando a instrução e orientação adquiridos no local de trabalho para a rede de relação do trabalhador, todos aqueles da sua convivência, disseminado o conhecimento e o cuidado com o ser humano.

Trouxe uma visão integral da complexidade do fenômeno suicida. Tratou o comportamento suicida nas esferas: social , espiritual, psicológica, médica e ambiental do trabalho.

Finalizando este estudo, o amplo leque de ações, organizadas em dimensões, tem a pretensão de servir de inspiração para as organizações de trabalho fazerem seus ambientes um meio, para se desenvolver e cuidar do ser humano!

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. In: **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v.12, n. 1, 2012. DOI:<https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9537>.
- ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em: 09 março 2021.
- ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Fatores de risco para o suicídio: como identificá-los e o que fazer**, 1 de Mar de 2019. Disponível em: <<https://www.setembroamarelo.com/post/suicidio-fatores-de-risco>>. Acesso em: 07 janeiro 2021.
- ADLER, P.A. and ADLER, P. **Membership Roles in Field Research**. Newbury Park, CA: Sage, 1987.
- ANDRADE, S.V.; SESSO, R.; DINIZ, D.H.M.P. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 55-63, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abril 2020. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>.
- APA, American Psychiatric Association. **DSM - 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AQUINO, T.A.A., CALDAS, M.T, PONTES, A.M. **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: Ed. CRV, 2016.
- ARNOLD, R.M. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. In: **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 23, n. 4, p. 319-26, dez. 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00282-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00282-9).
- ASSUMPÇÃO, G. L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SOUZA, M. F. S. DE. Depressão e suicídio: uma correlação. In: **Pretextos** - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 5, p. 312-33, 7 mar. 2018.
- AYRES, J.R.C.M. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. Martins, M.A.; Carrilho, F.T.; Alves, V.A.F.; Castilho, E.A.; Cerri, G.G.; Wen, C.C. (eds). In: **Clínica Médica**, vol 1, Barueri: Manole, 2009.
- BAKER, S.; EDWARDS, R. How many qualitative interviews is enough. In: **Nat Centre Res Methods Rev Paper**, p. 37, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277858477_How_many_qualitative_interviews_is_enough>. Acesso em: 20 jun 2020.
- BARROS-NETO, L. R. **O suicídio como acidente de trabalho**. São Paulo: Eicon, 2011.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

BEDEIAN, A. G. Suicide and occupation: a review. In: **Journal of Vocational Behavior**, v. 21, n. 2, p. 206-223, 1982.

BERNAL, M. et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. In: **Journal of Affective Disorders**, v. 101, p. 27–34, 2007.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BERTOLETE, J. M., & FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. In: **World Psychiatry**, v.1, p. 181-185, 2002.

BOCCIO, D. E.; MACARI, A. M. Fostering Worth and Belonging: Applying the Interpersonal Theory of Suicide to the Workplace. In: **Journal of Workplace Behavioral Health**, v. 28, n. 3, p. 234–245, 2013.
DOI:10.1080/15555240.2013.808082

BOCCIO, D. E.; MACARI, A. M. Workplace as Safe Haven: How Managers Can Mitigate Risk for Employee Suicide. In: **Journal of Workplace Behavioral Health**, v. 29, n. 1, p. 32–54, 2014. DOI: 10.1080/15555240.2014.866472

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. In: **Psico**, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006. ISSN 0103-5371

BONDE, J. P. E. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.65, p. 438– 445, 2008.

BRASIL. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa. **Carta de Otawa**. In: Ministério da Saúde, 1., 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1339/GM. Em 18 de novembro de 1999**. 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>> . Acesso em: 18 junho 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf> . Acesso em: 01 abril 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** - Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, v. 48, n. 30, p. 01-14, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). **Prevenção do Suicídio: manual**

dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS/OMS/UNICAMP; 2006. Disponível em: <http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 21 junho 2018.

BRYAN, C. J.; RUDD, D.; WERTENBERGERD, E. Individual and environmental contingencies associated with multiple suicide attempts among U.S. military personnel. In: **Psychiatry Research**. v. 242, p. 88-93, 2016.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

CAMUS, A. **O Mito de Sísifo**: ensaio sobre o absurdo. Tradução por Urbano Tavares Rodrigues e Ana de Freitas. Lisboa: Edição Livros do Brasil, 1942.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

CANTÃO, L. BOTTI, N.C.L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. In: **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 389-396, abr. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200389&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>.

CARREIRO L. Morte por excesso de trabalho (Karoshi). In: **Rev. Trib. Reg. Trab.**, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.131-141, jul/dez. 2007.

CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2039-2052, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/15.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2020.

CHAN, C.H., WONG, H.K., YIP, P.S.F. Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: A Hong Kong experience. In: **Journal of Affective Disorders**, v. 236, p.75-79, 2018.

CHANG, S. S. et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. In: **BMJ**, v. 347, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>

CHANG, B; GITLIN, D; PATEL, R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. In: **Emergency medicine practice**, v.13, n.9, p.1–23, 2011.

CHARLES, L. Long live Shoufi-Mafi! In: **Family Therapy Magazine**, v. 14, n. 4, p. 34–39. July/August, 2015.

CHEHAB, G. C. Karoshi: a morte súbita pelo excesso de trabalho. In: **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**. São Paulo, v.79, n.3, p.153-180, 2013.

CORNELIS, C.M.F. et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. In: **Crisis**, v. 32, n. 6, p. 319–333, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306243/?tool=pubmed>>. Acesso em: 13 Out, 2020.

CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

DAOLIO, E. R. Suicide: issue for bioethical reflection. In: **Rev Bioética**, v. 20, n. 3, p. 436-41, 2012.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Portal de saúde SUS. Informações de Saúde (TABNET). **Estatísticas Vitais**. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>> Acesso em: 28 jan 2021.

DAVIDSON, J. E. et al. Sustainability and Outcomes of a Suicide Prevention Program for Nurses. In: **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v.17, n.1, p. 24-31, 2020.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer?** Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.

DE LEO, D.; DRAPER, B.M.; SNOWDON, J.; KÖLVES, K. Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? In: **Compr Psychiatry**, v. 54, n.7, p.1117-23, Oct. 2013. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.05.007. Epub 2014 Jun 13. PMID: 23768696.

DENNESONAB, L.M.; SMOLENSKI, D.J.; BUSCH, N.E.; DOBSCHAAB, S.K. Curiosity improves coping efficacy and reduces suicidal ideation severity among military veterans at risk for suicide. In: **Psychiatry Research**, n. 249, p. 125–131, 2017.

DORAN, C.M.; LING, R.; MILNER, A.; KINCHIN, I. The economic cost of suicide and non-fatal suicidal behaviour in the Australian construction industry. Int. **J. Mental Health Psychiatry**, v. 2, n. 4, 2016.

DUARTE, C. Suicídio, entenda os sinais de alerta e como prevenir. Hospital Santa Mônica, 2017. Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/suicidio-preserve-vida-trate-sua-dor/>> Acesso em: 09 maio 2021.

DURKHEIM, E.(1982). **O Suicídio: Um Estudo Sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2014.

DUCAT, L.; PHILIPSON, L.H.; ANDERSON, B.J. The mental health comorbidities of diabetes. In: **JAMA**, v. 20, n. 312, 2014. DOI: 10.1001/jama.2014.8040. PMID: 25010529; PMCID: PMC4439400.

ESTRUCH, J. e CARDÚS, S. **Los Sucidios**. Barcelona: Editorial Herder, 1982.

FARAH, B.Q.; et al. Percepção de estresse: associação com a prática de atividades físicas no lazer e comportamentos sedentários em trabalhadores da indústria. In: **Rev Bras Educ Fís Esporte** [online], v. 27, n. 2, 2013 [citado 18 dez 2020]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v27n2/a07v27n2.pdf>>. Acesso em: 20 janeiro 2021.

FARIAS, J. H. **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2007.

FEIGELMAN, W.; ROSEN, Z.; GORMAN, B.S. Exploring prospective predictors of completed suicides: evidence from the general social survey. In: **Crisis**. v. 35, n. 4, p. 233-44, 1 jan 2014 DOI: 10.1027/0227-5910/a000257. PMID: 25113888.

FÉLIX, T. et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. In: **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 173-185, 22 dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>

FERNANDES, M.A.; MARZIALE, M.H.P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. In: **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 6, p. 539-547, Dec. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600539&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400088>.

FESKANICH, D. et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. In: **J. Epidemiol Community Health**, v. 56, p. 95-98, 2002.

FINAZZI-SANTOS, M. A. **Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho**. 2009, 238 f. Dissertação, Mestrado em Administração - Faculdade de Economia, Administração e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

FINAZZI-SANTOS, M. A.; SIQUEIRA, M. V. S. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. In: **VI encontro de estudos organizacionais da ANPAD**, Florianópolis, 23 a 25 maio 2010.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Ed. Penso, 2013.

FLICK, U. **Designing Qualitative Research Book 1 of The SAGE Qualitative Research Kit**. London/ Thousand Oaks, CA/ Dehli: Sage, 2008.

FOLKINS, C.H. Effects of physical training on mood. In: **J Clin Psychol**, v. 32, n. 2, p.385–8, 1976. DOI: 10.1002/1097-4679(197604)32:2<385::aid-jclp2270320237>3.0.co;2-7

FRAGA, O. **Existe alguma ligação entre crise econômica e aumento nas taxas de suicídio?** BBC News Brasil, São Paulo. 15 julho 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-48890430#:~:text=Durante%20a%20Grande%20Depress%C3%A3o%2C%20grave,f>>

inaneira%20a%20tentativas%20de%20suic%C3%ADdio.&text=No%20ano%20de%201929%2C%20os,No%20momento%20subsequente%2C%20sim> Acesso em: 20 dezembro 2019.

FRESKANICH, D.; HASTRUP, J L; MARSHALL, J R; COLDITZ, G A; STAMPFER, M J; WILLETT, W C; KAWACHI, I. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. In: **J Epidemiol Community Health** 2002;56:95–98

FREITAS, M. E. D. Suicídio, um problema organizacional. In: **GV Executivo**, v. 10, n. 1, p. 54-57, jan/jun 2011.

FUKUMITSU, K.O. et al. O luto por suicídios: uma tarefa da posvenção. In: **Revista Brasileira de Psicologia**, Universidade Federal da Bahia, Salvador, v. 2, n. 2, p. 41-47, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/12/Fukumitsu-Kov%C3%A1cs-2015-O-luto-por-suic%C3%ADdios-uma-tarefa-da-posven%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 17 janeiro 2020.

GERMAIN, M.L. Work-related suicide: An analysis of US government reports and recommendations for human resources. In: **Employee Relations**, v. 36, n. 2, p. 148-164, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1108/ER-01-2013-0009>

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDMAN, K. D.; SCHMALZ, K. J. I gave at the office, but did I give enough? Handling traumatic events. In: **Health Promotion Practice**, v. 4, n. 1, p. 5-7, 2003.

GORDON, R. An operational classification of disease prevention. J. Steinberg & M. Silverman (Eds.). In: **Preventing mental disorders: a research perspective**. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health. 1987. P. 20-26.

GRAVES, J.M.; MACKELPRANG, J.L.; VAN NATTA, S.E.; HOLLIDAY, C. Suicide prevention training: Policies for health care professionals across the United States as of October 2017. In: **American Journal of Public Health**, v.108, n.6 , p. 760-768, 2018.

GREEN, M.; HARVEY, P. Cognition in schizophrenia: Past, present and future. In: **Schizophrenia Research**, v. 1, p. 1-9, 2014. DOI: 10.1016/j.scog.2014.02.001

GREIST, J.L.F. ; KLEIN, M.L.F.; EISCHENS RR, et al. Running out of depression. *Phys Sportsmed*, v. 6, n. 12, p. 49-56, 1978.

GREIST, JH; KLEIN, MH; EISCHENS, R. R.; FARIS, J.; GURMAN, A. S.; MORGAN, W. P.. Running as treatment for depression. In: **Comprehensive psychiatry**. v. 20, n. 1, p. 41–54, 1979. DOI: [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(79\)90058-0](https://doi.org/10.1016/0010-440x(79)90058-0).

GULLESTRUP, J.; LEQUERTIER, B.; MARTIN, G. in construction: Impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. In: **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 8, n. 11, p. 4180-96, 2011. DOI:10.3390/ijerph8114180.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. In: **Texto contexto – enferm**, v.15, n.2 Florianópolis Apr./June 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>

HILTON, S.C.; GILBERT W. F.; JOSEPH L. L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. In: **American Journal of Epidemiology**, v. 155, p.413–19, 2002

HIYAMA, T.; YOSHIHARA, M. New occupational threats to japanese physicians: *karosshi* (death due ti overwork) and *karojisatsu* (suicide due to overwork). In: **Occupational and Environmental Medicine**, v. 65, n. 6, p. 6428-429, 2008.

HOUTSMA, C., BUTTERWORTH, S.E., ANESTIS, M.D.. Firearm suicide: pathways to risk and methods of prevention. In: **Current Opinion in Psychology**, v.22, p. 7-11, 2018.

JACOB L, ROCKEL T, KOSTEV K. Depression Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis in the United Kingdom. In: **Rheumatology and therapy**, v. 4, n.1, p. 195-200, 2017.DOI:10.1007/s40744-017-0058-2

JAMISON, K. R. **Quando a noite cai**: entendendo a depressão e o suicídio. Rio de Janeiro: Gryphus. 2010.

JENKINS, R. ET AL. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. **Psychol Med.**, v. 35, p. 257–269, 2005.

KLEIMAN, E.M.; LIU, R.T. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. In: **Br J Psychiatry**, v. 204, p. 262-6, 2014. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.128900. Epub 2013 Oct 10. PMID: 24115346

KNOX, K. L.; PFLANZ, S.; TALCOTT, G. W.; CAMPISE, R. L.; LAVIGNE, J. E.; BAJORSKA, A.; CAINE, E. D. The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy. In: **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 12, p. 2457 –2463, 2010. Disponível em: <<http://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.2105/AJPH.2009.159871>> Acesso em: 01 fev 2020.

KOENING, H.G.; DANA K.; VERNA B. C. **Handbook of Religion and Health**, 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2012.

KRÜGER, L. L., WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. In: **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2010.

LANGONE, J. When cops crack up. In: **Discover**, p. 84-87, 1981.

LAZARUS, R. S. Psychological stress in the workplace. R. Crandall & P. L. Perrewé (Eds.). Series in health psychology and behavioral medicine. In: **Occupational stress: A handbook** (p. 3–14). Taylor & Francis. 1995.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mc-Graw-Hill Inc. 1976.

LESER, W.S.P. Discurso nas novas instalações do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina em 1980. Bonfim JRA, Bastos S, organizadores. In: **Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública**. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 344-46.

LION, L. S. Psychological effects of jogging: a preliminary study. In: **Percep Mot Skills**, v. 47, n. 3, p.1215-8, 1978.

MANN JJ, APTER A, BERTOLETE J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. In: **JAMA**, v. 294, n. 16, p. 2064–2074, 2005.

MARÇAL, V. M. Sócrates: a vida e a morte ela filosofia. ETIC – Encontro de iniciação científica, v. 6, n. 6, 2010. ISSN 21-76-8498

MARIS, R.W. Pathways to Suicide: A Survey of Self Destructive Behaviors. Baltimore. In: **Johns Hopkins University Press**, 1981.

MARTELLI, C., AWAD, H., & HARDY, P. In-patients suicide: Epidemiology and prevention. In: **Encephale**, v.36 (suppl 2), p. 83-91, 2010.

MENDES, A.M.B. **Valores e vivência de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. Tese de Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF. 1999.

MILNER, A. et al. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. In: **Br J Psychiatry**, v. 203; n. 6, p. 409-16, 2013. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.128405. PMID: 24297788

MILNER, A. et al. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. In: **Health Promotion International**, v. 30, n. 1, p. 29-37, 2014.

MILNER, A. et al. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. In: **Health Promot Int.**, v. 30, n. 1, p. 29-37, 2015. DOI: 10.1093/heapro/dau085. Epub 2014 Sep 25. PMID: 25256000.

MILNER, A.; PAGE, K.; WITT, K.; LAMONTAGNE, A. Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence from a Cross-Sectional Survey of Working Australians. In: **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.58, n. 6, p. 584-587, 2016.

MILNER, A. et al. A blended face-to-face and smartphone intervention for suicide prevention in the construction industry: protocol for a randomized controlled trial with

MATES in Construction. In: **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <link.gale.com/apps/doc/A586508535/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=e76d276a>. Acesso em: 18 Feb. 2020.

MISHARA, B. L., & MARTIN, N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. Crisis. In: **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v. 33, n. 3, p.162-168, 2012. DOI:10.1027/0227-5910/a000125

MÜLLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. In: **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 02, n. 02, Salvador, Bahia, 2015.

NIEDERKROTENTHALER, T. et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. In: **Br J Psychiatry**, v. 197, n. 3, p. 234-43, 2010. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.074633. PMID: 20807970.

NISBET, P. A. et al. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. In: **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 188, p. 543-546, 2000.

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J.. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. In: **Journal of Abnormal Psychology**, v. 114, n. 1, p. 140–146, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>

OGRODNICZUK, J.; OLIFFE, J.; KUHL, D., GROSS, P. A. Men's mental health: Spaces and places that work for men. In: **Canadian Family Physician**, v. 62, n. 6, p. 463-464, 2016.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Agenda estratégica de prevenção de suicídio**. OPAS/OMS; 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>. Acesso em: 10 dezembro 2020.

_____. In: **Folha informativa: suicídio**, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folhainformativa-suicidio&Itemid=839> Acesso em: 29 janeiro 2020

_____. **Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio**, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>> Acesso em: 28 jan. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. In: **Transtornos mentais e comportamentais departamento de saúde mental organização mundial da saúde genebra 2000**. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf> Acesso em 27 maio 2020.

ORWIN, A. Treatment of a situational phobia: A case for running. In: **The British Journal of Psychiatry**, v.125, p.95–98. 1974.

DOI:<https://doi.org/10.1192/bjp.125.1.95>

OSTRY, A.; MAGGI, S.; TANSEY, J., et al. The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers. In: **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 35, n. 3, p. 265-271, 2007.

DOI:10.1080/14034940601048091

PATTERSON, J.E.; EDWARDS, T.M.; VAKILI, S. Global Mental Health: A Call for Increased Awareness and Action for Family. In: **Therapists**, v.57, n. 1, p. 70-82, 2017. DOI: 10.1111/famp.12281.

PAUGAN, S. Durkheim e o vínculo aos grupos: uma teoria social inacabada. In: **Sociologias**, vol.19, n.44, Porto Alegre, Jan./Apr., 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/15174522-019004405>

PEREIRA V. N. A. Medicina e espiritualidade. **A importância da fé na cura de doenças**. Ed. Santuário. 2019. ISBN: 978-8569-0400-9

PHILLIPS, D.P. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. In: **Am Sociol Ver.**, v. 39: p. 340–54, 1974.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M.P.; THIOLENT, M.J.M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, Porto Alegre, v. 39, n. esp. (supl.), p. 3-13, dez. 2016.

POSPOS, S; YOUNG, IT; DOWNS, N ; IGLEWICZ, A; DEPP, C; CHEN, JY; NEWTON, I; LEE, K; LIGHT, GA; ZISOOK, S. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. In: **Mental Health Weekly Digest**, p. 12126, Feb. 2018. Academic OneFile. Disponível em:

<<http://link.galegroup.com/apps/doc/A528844049/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=778521a4>>. Acesso em: 1 nov 2019.

POST, R.M.; KALIVAS, P. Bipolar disorder and substance abuse: pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitization. In: **Br. J. Psychiatry**, v. 202, p.172–176, 2013.

ROBERTSON, S.; WHITE, A.; GOUGH, B.; ROBINSON, M.; SEIMS, A.; RAINE, G.; HANNA, E. Promoting mental health and wellbeing in men and boys: What works? Leeds. In: **Leeds Beckett University**, 2015.

ROCHE, A. M.; PIDD, K.; FISCHER, J. A.; LEE, N., SCARFE, A.; KOSTADINOV, V. Men, work, and mental health: A systematic review of depression in male-dominated industries and occupations. In: **Safety and Health at Work**, v. 7, n. 4, p. 268–283, 2016. Doi:S2093-7911(16)30011-7

RODRIGUES, M. **O Brasil na Década de 1920: os anos que mudaram tudo**. São Paulo: Ática, 1997.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.499-513

SAMPAIO, M. S. et al. Doença pulmonar obstrutiva crônica e risco para suicídio: revisão sistemática e meta-análise. In: ANAIS DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019, Cuiabá. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-e-risco-para-suicidio--revisao-sistematica-e-meta-analise>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

SAMPAIO, M. A.; BOEMER, M. R. Suicídio: um ensaio em busca de um desvelamento do tema. In: **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2000, vol.34, n.4, pp.325-331. ISSN 1980-220X. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000400002>.

SANTOS, M.A.F.; SIQUEIRA, M.V.S.; MENDES, A.M. Tentativas de suicídio de bancários no contexto das reestruturações produtivas. **Rev. Adm. Contemp.**, v. 14, n. 5, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552010000500010>

SANTOS, M.A.F; SIQUEIRA, M.V.S.; MENDES, A.M. Sofrimento no trabalho e imaginário organizacional: ideação suicida de trabalhadora bancária. In: **Psicol. Soc.** [online] v. 23, n. 2, p.359-368, 2011.

SARAIVA, C. B. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. In: **Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 3, p.185-205, 2010. Disponível em: <<https://www.spsuicidologia.com/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>> .Acesso em: 19 junho 2019.

SAVIOLI, G. **Curando corações**, São Paulo: Gala, 2004, p.156.

SAVIOLI, G. **Fronteiras da ciência e da fé**, São Paulo: Gala, 2006, p.175.

SCHERR, S.; STEINLEITNER, A. Zwischen dem Werther- und Papageno-Effekt [Between Werther and Papageno effects]. In: **Nervenarzt**, v. 86, n. 5, p. 557-65, maio 2015. DOI: 10.1007/s00115-015-4260-6. PMID: 25700723.

SCHNEIDER, B. et al. A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. In: **Psychiatry Res.**, v.190, n. 2-3, p. 265-70, 2011. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.07.037. Epub 2011 Sep 3. PMID: 21890214

SELIGMANN, E. S. Psicopatologia no Trabalho: Aspectos Contemporâneos. In: **MPT Saúde Mental no Trabalho**. Goiânia: MPT, 2006. p. 209-237.

SHNEIDMAN, E.S. Suicide, lethality, and the psychological autopsy. In: **International Psychiatry Clinics**, v. 6, n. 2, p. 225-250, 1969. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/5810563>>. Acesso em: 24 junho 2019.

SHNEIDMAN, E. **Definition of suicide**. New York: John Wiley & Sons. 1985, p. 202-213

SHNEIDMANN, E.S. **Suicide as psychache**: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Jason Aronson: 1993.

SHU-MAY WANG R.N. et al. Factors associated with quality of life after attempted suicide: a cross-sectional study. In: **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, p.15-16, 2013. DOI: 10.1111/jocn.12148

SIQUEIRA, M.V.S. **Gestão de pessoas e discurso organizacional**. Goiânia: Editora UCG.

SILVA, M. A. M. et al. Do Karoshi no Japão á birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado. In: **Revista Nera**, n.8, p. 74-108, 2012.

SMALL, M.L. How many cases do I need? On science and the logic of case selection in field-based research. In: **Ethnography**, v. 10, nº. 10, p. 5–38, 2009

SOBOLL, L.A.P. **Intervenções em Assédio Moral e Organizacional**. São Paulo: LTr, 2017.

SOBOLL, L.A.P.; GLIMA, D.N.R. Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura. In: **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 37 (126), p. 269-283, 2012.

SOLOMON, E. G.; BUMPUS, A. K. The running meditation response: An adjunct to psychotherapy. In: **American Journal of Psychotherapy**, v. 32, n. 4, p. 583–592, 1978

SPOERRI, A. et al. Swiss National Cohort Study. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. In: **Int J Epidemiol**. Dec; v. 39, n. 6, p. 1486-94, 2010. DOI: 10.1093/ije/dyq141. PMID: 20841328.

SPRC -SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER. **The role of co-workers in preventing suicide**. 2013 [citado 08 jul 2019]. Disponível em: <https://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/V11_Co-worker_May2018.pdf>. Acesso em: 18 junho 2020.

STACK, S. The death of Ajax: A note on occupational strain as a neglected factor in suicidology. In: **Suicide and the Creative Arts**. Edited by David Lester and Steven Stack. New York: Nova Science, p. 49–53, 2009.

STACK, S. Religious Activities and Suicide Prevention: A Gender Specific Analysis. In: **Religions**, v. 9, n.127, 2018. DOI: 10.3390/rel9040127.

STACK, S.; SCOURFIELD, J. Recency of Divorce, depression and suicide risk. In: **Journal of Family Issues**, v. 36, p. 695–15, 2015.

STUBBERT, J. et al. **Physical fitness**: a key to emotional health. RN, v. 38, N. 8, p. 30-3, 1975.

SUDAK D, ROY A, SUDAK H, LIPSCHITZ A, MALTSBERGER J, HENDIN H. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors. In: **Acad Psychiatry**, v.31, n.5, p.345–349, 2007.

SUICIDE PREVENTION AUSTRALIA. Discussion Paper: One World Connected: An assessment of Australia's progress in suicide prevention, 2014. Disponível em: <<https://www.lifeline.org.au/media/5dhlql2l/response-to-who-2014.pdf>> Acesso em: 18 junho 2020.

TAKADA, M.; SHIMA, S. Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings. In: **Ind Health**, v. 48, p. 416–426, 2010.

TAKUSARI, E. et al. Mental Health, Suicidal Ideation, and Related Factors among Workers from Medium-sized Business Establishments in Northern Japan: Comparative Study of Sex Differences. In: **Industrial Health**, v. 49, p. 452–463, 2011.

TEIXEIRA, S. M. de O.; SOUZA, L. E.C.; VIANA, L. M. M. O suicídio como questão de saúde pública. In: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 2018.

TERPSTRA, S. et al. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. In: **BMC Public Health**, v.18, n. 1, p. 637, 2018.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>

TROTТА, J. et al. Perceptions of Occupational Medicine Specialists on Suicide Prevention in the Workplace. **Global Journal of Health Science**, v. 13, n. 5, 2021. ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744.

TROTТА, J. et al. Quality of Life and Spirituality in Medical Students. **Global Journal of Health Science**, v. 13, n. 2, 2021. ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744.

TSUTSUMI, A. et al. and Jichi Medical School Cohort Study Group. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. In: **Psychotherapy and Psychosomatics**, n. 76, 177– 185. 2007.

VANDERWEELE, T. J. Mediation Analysis: A Practitioner's Guide. In: **Annu Rev Public Health**. 2016;37:17-32. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021402. PMID: 26653405.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de Vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. In: **Caderno de pesquisa em administração**. São Paulo, v. 08, nº 1, p. 24-35, mar. 2001.

VELLA, V.E.; DEANE, F.P.; KELLY, P.J. Comorbidity in detoxification: symptom interaction and treatment intentions. In: **Journal of substance abuse treatment**, n. 49, p.35–42, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.07.016>.

WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; p. 88, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 Acesso em: 18 junho 2020.

_____. **Figures and Facts About Suicide**. WHO, Geneva, Switzerland, 1999.

_____. **Distribution of Suicides Rates (per 100,000) by Gender and Age, 2000**. WHO, Geneva, Switzerland, 2005.

_____. **Preventing Suicide – A Resource at Work**. In: **Preventing Suicide — A Resource Series**. WHO, Geneva, Switzerland, 2006.

_____. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WOO, J.M.; POSTOLACHE, T. The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications. In: **International journal on disability and human development**, v. 7, p.185-200, 2008. DOI: 10.1515/IJDHD.2008.7.2.185.

YIP, O.S. et al. Restricting the means of suicide by charcoal burning. In: **Br J Psychiatry**, v. 196, n. 3, p. 241-2, 2010. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.065185. PMID: 20194548.

APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE PESQUISA DO ESTUDO SOBRE AS PERCEPÇÕES DOS ESPECIALISTAS EM PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NAS ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

ESTUDO - PERCEPÇÕES DOS ESPECIALISTAS EM MEDICINA OCUPACIONAL SOBRE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NAS ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO

Sua resposta será muito importante para o aprimoramento de boas práticas em prevenção

*** 1. Eu declaro que li e tenho ciência do TCLE e concordo em participar de livre e espontânea vontade desta pesquisa, com a finalidade única na formação de opinião acadêmica-científica.**

TCLE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo "PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS DO TRABALHO SOBRE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NAS ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO", que tem como objetivo principal analisar a prevalência das percepções e ações dos médicos especialistas do trabalho em prevenção ao suicídio nas empresas. Acreditamos que esta pesquisa seja importante para tomada de decisão em ações de melhoria do ambiente laboral e promoção à saúde do trabalhador.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: A sua participação no referido estudo será de responder as perguntas do formulário.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: promover melhorias na saúde mental dos funcionários da empresa. Bem como, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos em sua participação, tais como ficar incomodado por alguma pergunta que possa ou ser solicitado para participar de alguma atividade que não esteja disposto. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: As perguntas serão tratadas somente no coletivo sem identificação individual, todos os questionários respondidos serão direcionados para o pesquisador responsável.

SIGILO E PRIVACIDADE: Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA: Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO: No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, devidamente comprovada, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma de depósito em conta salário do empregado, se for o caso.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CO

- ☐ Sim concordo !
- ☐ Não concordo !

*** 2. Na empresa na qual você trabalha existe um programa de saúde mental, ou de prevenção de suicídio, ou algo similar?**

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

* 3. Qual é sua **PRINCIPAL** atividade profissional?

- ☐ TRABALHO COMO CONTRATADO INTERNO, EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO PRIVADA (EMPRESA, INDÚSTRIA, ENSINO ETC), QUE ENVOLVE COLETIVOS DE FUNCIONÁRIOS
- ☐ TRABALHO COMO CONTRATADO INTERNO, EM ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO PÚBLICAS (INSTITUIÇÕES, UNIVERSIDADES, EMPRESA ETC), QUE ENVOLVE COLETIVOS DE FUNCIONÁRIOS
- ☐ TRABALHO EM PRESTADOR DE SERVIÇOS PARA ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO OU COMO CONSULTORIA
- ☐ TRABALHO EM CONSULTÓRIO, CLÍNICA OU HOSPITAL
- ☐ MINHA PRINCIPAL ATIVIDADE É NA DOCÊNCIA
- ☐ Outro (especifique)

* 4. Qual é a NACIONALIDADE da empresa que você trabalha?

- ☐ NÃO TRABALHO COM EMPRESAS
- ☐ Qual?

* 5. Qual é o GRAU DE RISCO da sua empresa?

- ☐ Grau 1
- ☐ Grau 2
- ☐ Grau 3
- ☐ Grau 4
- ☐ Não sei...
- ☐ Não trabalho em empresa

* 6. Qual é o PORTE da sua empresa?

- ☐ Microempresa (até 19 empregados)
- ☐ Pequeno porte (20 a 99 empregados)
- ☐ Médio porte (100 a 499 empregados)
- ☐ Grande porte (acima de 500 empregados)
- ☐ Não trabalho em empresa

* 7. Quantos trabalhadores, funcionários, alunos ou pacientes que estão sobre sua responsabilidade? (total de pessoas que estão sobre sua influência atualmente).

- ☐ NÃO SE APLICA, NÃO TENHO PESSOAS SOBRE MINHA INFLUÊNCIA PROFISSIONAL
- ☐ QUANTOS NA SOMATÓRIA GERAL...

* 8. Na sua opinião como profissional, quais são as **AÇÕES ou VARIÁVEIS DE INFLUÊNCIA**, que quando realizadas poderiam evitar ou diminuir os casos de suicídios dos trabalhadores? (independente que você já tenha realizado ou não, como prática em sua experiência profissional, por exemplo, se fosse em outra temática, como meta a prevenção de câncer de pulmão, o "Combate ao Tabagismo", poderia ser uma das ações que reduziria o risco em questão...). Descreva abaixo as intervenções que seriam importantes implementar que teriam como meta o combate ao suicídio.

* 9. No local do seu trabalho, quanto ao controle de absenteísmo por CID, e na relação disso com as ações de combate ao suicídio?

- ☐ **SIM** existe este controle de atestados por CID na empresa, mas **NÃO** entendo como sendo importante para ações em risco de suicídio.
- ☐ **SIM** existe este controle de absenteísmo na empresa, e **ACREDITO** que possa ser também usado para nortear ações em risco de suicídio dos trabalhadores.
- ☐ **NÃO** existe no momento controle de absenteísmo, mas também **NÃO ACHO** importante este indicador para o risco de suicídio
- ☐ **NÃO** existe no momento controle de absenteísmo, mas acredito que seria **IMPORTANTE** esta informação como indicador para prevenção de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, também **NÃO ACHO** importante este indicador para o risco de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que seria **IMPORTANTE** esta informação para prevenção de suicídio
- ☐ Não sei dizer..

* 10. No local que você trabalha, o sistema gestão de saúde tem controle dos afastamentos previdenciários por CID? e como você vê a relação disso com as ações de prevenção de suicídio?

- ☐ **SIM** existe este controle de afastados pelo INSS na empresa, mas **NÃO** entendo como sendo importante para ações em risco de suicídio.
- ☐ **SIM** existe este controle de afastados pelo INSS na empresa, e **ACREDITO** que possa ser também usado para nortear ações em risco de suicídio dos trabalhadores.
- ☐ **NÃO** existe no momento controle de afastados, mas **NÃO ACHO** importante este indicador para o risco de suicídio
- ☐ **NÃO** existe no momento controle de afastados, mas acredito que seria **IMPORTANTE** esta informação como indicador para prevenção de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, também **NÃO ACHO** importante este indicador para o risco de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que seria **IMPORTANTE** esta informação para prevenção de suicídio
- ☐ Não sei dizer...

* 11. Existe algum canal oficial interno da empresa que pode ser utilizado por qualquer funcionário para denúncia de assédio moral, sexual ou qualquer outra espécie de violência no trabalho?

- ☐ SIM existe um canal interno de comunicação de assédio, mas **NÃO** entendo como sendo importante na relação com risco de suicídio dos trabalhadores.
- ☐ SIM existe esta possibilidade na empresa, e **ACREDITO** que possa ser também usado para entender o risco de suicídio dos trabalhadores
- ☐ **NÃO** existe no momento, e também **NÃO ACHO** importante este indicador para o risco de suicídio
- ☐ **NÃO** existe no momento, mas acredito que seria **IMPORTANTE** esta informação para prevenção de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, também **NÃO ACHO** importante este indicador para o risco de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que seria **IMPORTANTE** esta informação para prevenção de suicídio
- ☐ Não sei dizer...

* 12. Nos 3 ÚLTIMOS ANOS, já foi realizado alguma AÇÃO sobre PREVENÇÃO DE SUICÍDIO na empresa que trabalha?

- ☐ Sim pontualmente, de maneira isolada mas foi realizado (descreva qual foi a ação abaixo...)
- ☐ Sim, fazendo parte de algo maior, no sentido de ações integradas em saúde mental e prevenção de suicídio (descreva quais foram as ações abaixo...)
- ☐ Não, não fizemos este tipo de ação
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, também **NÃO ACHO** importante este tipo de ação dentro das organizações de trabalho.
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que seria **IMPORTANTE** ações para prevenção de suicídio
- ☐ Não sei dizer...

Qual?(especifique)

* 13. Na Avaliação Ergonômica do posto de Trabalho (AET) da empresa, além da avaliação da ergonomia Física, existe algum tipo de avaliação Cognitiva e Organizacional ?

- ☐ Não existe AET dos postos de trabalho na minha empresa
- ☐ As AETs foram feitas tudo de uma só vez, e agora tenho muita dificuldade de evoluir nas adaptações dos postos para a diminuição dos riscos ergonômicos mapeados e outros.
- ☐ Existem AET em MENOS de 50% dos postos de trabalho, porém somente contempla ergonomia física
- ☐ Existem AET em MENOS de 50% dos postos de trabalho, contemplando TAMBÉM as mensurações da carga cognitiva e organizacional, que ajudam na percepção da saúde mental do trabalhador
- ☐ Existem AET em MAIS de 50% dos postos de trabalho, porém somente contempla ergonomia física
- ☐ Existem AET em MAIS de 50% dos postos de trabalho, contemplando TAMBÉM as mensurações da carga cognitiva e organizacional, que ajudam na percepção da saúde mental do trabalhador
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acho importante ter esta percepção da carga cognitiva e organizacional, além das demandas físicas do trabalho.
- ☐ Não acho importante a relação "avaliação ergonômica dos postos de trabalho" para prevenção da doença mental ou risco de suicídio.

Outro (especifique)

* 14. Na sua empresa existe treinamento da liderança para gestores de pessoas?

- ☐ Sim, existe treinamento de liderança na empresa e é obrigatório para ascensão profissional, acontecendo regularmente, que ajuda na competência de saúde mental do trabalhador.
- ☐ Sim, existe treinamento porém ocorre de forma irregular, muitas vezes depois que o líder já assumiu a nova função, mas que ajuda na competência de saúde mental do trabalhador.
- ☐ NÃO existe no momento... E também NÃO VEJO relação de importância entre treinar liderança e risco de suicídio de funcionários.
- ☐ NÃO existe no momento... Mas acredito que seria IMPÓRTANTE este treinamento como forma também de prevenção de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, também NÃO ACHO importante isto para o risco de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que seria IMPORTANTE isto também como forma de prevenção de suicídio
- ☐ Outro (especifique)

* 15. Já houve algum treinamento da equipe de saúde do ambulatório médico (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem...) especificamente para atendimento do paciente com risco de suicídio?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que é importante todos estarem capacitados para um primeiro atendimento.
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas não vejo a necessidade de treinamentos específicos de prevenção de suicídio para o profissional não-especialista

*** 16. Existe na empresa algum fluxo para atendimento do paciente dependente químico (álcool e/ou drogas)?**

- ☐ Sim, tem um fluxo usando o plano assistencial de saúde, que serve de apoio para a demandas da saúde mental e prevenção de suicídio.
- ☐ Sim, existe estratégia além da possibilidade de usar o plano de saúde, um fluxo envolvendo outras formas de atendimento ao dependente químico, em que a empresa participa com o pagamento em parcerias com clínicas especializadas, para dar prioridade e diversidade neste tipo de atendimento do funcionário, e serve de apoio para a demandas da saúde mental e prevenção de suicídio.
- ☐ Não existe um fluxo desenhado (ou formalmente orientado), o atendimento e encaminhamento fica ao critério do médico assistente
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, também não acho importante este tipo de serviço para o risco de suicídio
- ☐ Não trabalho em empresas ou organizações de trabalho, mas acredito que seria importante esta ação para prevenção de suicídio
- ☐ Outro (especifique)

*** 17. Existe na sua empresa iniciativas como: (pode assinalar mais de um...)**

- ☐ Nutricionista clínica de atendimento individual do funcionário
- ☐ Convênios com academias de ginástica ou outras facilidades para prática de esportes, proporcionada pela empresa
- ☐ Incentivo para instrução do funcionário (algum tipo de estudo promovido ou patrocinado pela empresa)
- ☐ Plano de saúde
- ☐ Plano odontológico
- ☐ Transporte coletivo proporcionado pela empresa
- ☐ Restaurante na empresa
- ☐ Existe Psicólogo interno clínico na empresa (fora a avaliação legal do psicossocial "in company" ou atividades de RH...)
- ☐ Existe Psicólogo pelo plano de saúde, para atendimento clínico do funcionário
- ☐ Existe assistente social, que atue na relação com o funcionário inclusive em demandas do ambulatório médico.
- ☐ Existe em minha empresa um Programa de Saúde Mental estruturado, com abrangência em Prevenção de suicídio.
- ☐ Na empresa que você trabalha, as pausas durante da jornada de trabalho dos funcionários operacionais são pré-determinadas, tem horário pré-estipulado próprio e seguem regras coletivas, porém evita-se de se ausentar do posto de trabalho a qualquer momento...
- ☐ Os funcionários operacionais tem liberdade de, parar por alguns instantes seu ritmo de trabalho na hora que quiserem, para satisfazer suas necessidades pessoais (comer algo, tomar café, ir ao banheiro, fumar etc...)
- ☐ Existe na empresa a metodologia ou ferramenta para feedback (de reconhecimento) e isso acontece pelo menos uma vez ao ano...
- ☐ Não trabalho em empresa ou em organizações de trabalho
- ☐ Existe na empresa um lugar de descanso destinado para o trabalhador no seu momento de folga ou pós-refeições
- ☐ Existe possibilidade de serviço voluntário para os trabalhadores que desejarem ingressar em obras sociais.
- ☐ Outro (especifique)

* 18. Em sua empresa já foram tomadas algumas medidas (na planta física estrutural, ou de regras de segurança) de proteção contra auto agressão, como?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Proteção de acesso em espaços elevados abertos (por exemplo: acesso a terraços, telas de segurança em parapeitos...) | <input type="checkbox"/> Controle de produtos químicos perigosos (armários fechados ou salas de estocagem com acessos limitados...) |
| <input type="checkbox"/> Proibição de facas com pontas nas áreas comuns | <input type="checkbox"/> Existe orientação verbal e por escrito, do impedimento de porte de arma de fogo ou arma branca dentro da organização de trabalho |
| <input type="checkbox"/> Limitadores de abertura de janelas | <input type="checkbox"/> Desconheço qualquer ação neste sentido |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

* 19. Quanto você considera **importante** ter ações ou Programa de prevenção de Suicídio nas organizações de Trabalho? (arraste a bolinha na régua para formar a nota)

0 5 10

* 20. Na sua atividade rotineira, atualmente o quanto você consegue ou conseguiria dar **prioridade** para Ações ou Programa de prevenção de Suicídio? (arraste o cursor da régua para formar a nota...)

0 5 10

* 21. Você já atendeu ou teve conhecimento de algum caso de suicídio ou tentativa de suicídio em alguma empresa ou instituição que você já trabalhou? (pode marcar mais de uma alternativa)

- ☐ Sim de SUICÍDIO, foi de funcionário e ocorreu DENTRO da empresa
- ☐ Sim de SUICÍDIO, foi de funcionário mas ocorreu FORA da empresa
- ☐ Sim de TENTATIVA DE SUICÍDIO, foi de funcionário e ocorreu DENTRO da empresa
- ☐ Sim de TENTATIVA DE SUICÍDIO, foi de funcionário mas ocorreu FORA da empresa
- ☐ Sim, de caso de SUICÍDIO de familiar de funcionário
- ☐ Sim, de caso de TENTATIVA DE SUICÍDIO de familiar de funcionário
- ☐ Desconheço caso de suicídio e nem tentativa de suicídio

* 22. Você teria alguma observação ou contribuição no que se refere a "posição do profissional de saúde" quanto prevenção de suicídio dentro das empresas?

APÊNDICE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO 2 – *PERCEPTIONS OF OCCUPATIONAL MEDICINE SPECIALISTS ON SUICIDE PREVENTION IN THE WORKPLACE.*

(ESTE ESTUDO FOI PUBLICADO NA REVISTA “GLOBAL JOURNAL OF HEALTH SCIENCE”).

Global Journal of Health Science; Vol. 13, No. 5; 2021

ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744

Published by Canadian Center of Science and Education

Perceptions of Occupational Medicine Specialists on Suicide Prevention in the Workplace

Juliano de Trotta¹, Sérgio C. Kowalski², Cláudia Lúcia Menegatti³, Francisco Cenci Comin⁴,
Plínio César Neto¹ & e Marina Rachid Barreto⁴

¹ Pontifical Catholic University of Paraná, School of Medicine, Curitiba, Paraná, Brazil

² Federal University of Paraná, Department of Internal Medicine, Curitiba, Paraná, Brazil

³ Pontifical Catholic University of Paraná, Department of Psychology, Curitiba, Paraná, Brazil

⁴ Little Prince College, Medicine College, Curitiba, Paraná, Brazil

Correspondence: Juliano de Trotta, School of Medicine, Pontifical Catholic University of Paraná, Curitiba, PR., Brazil. Tel: 55-(41)-99501-9502.

Received: January 8, 2021 Accepted: April 3, 2021 Online Published: April 13, 2021

doi:10.5539/gjhs.v13n5p81

URL: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v13n5p81>

Abstract

Suicide rates have taken on alarming dimensions with catastrophic consequences. This study aims to understand the perceptions of occupational medicine specialists about suicide prevention and describe what actions work organizations are taking to prevent suicide among their workers. This is an exploratory, cross-sectional, descriptive, quantitative study, carried out with 24 occupational medicine specialists with experience in workers' mental health, using online forms. The analyses were performed using Excel and SPSS software. In the results, the indicators that most appeared among specialists as prevalent in the development of controls for suicide risk were: (1) to control the reasons for social security leaves ($n = 23$, 95.8%); (2) to train leaders for people management ($n = 23$, 95.8%); and (3) to have an official means of communication within the company to report violence at work ($n = 20$, 83.3%). There were 42 recommendations described by the specialists. They were grouped into 8 categories and are part of 4 different dimensions of suicide prevention. Suicide is a complex phenomenon of multifactorial nature, which involves all the dimensions of life and influences the people close to it directly and indirectly. Therefore, there is no single way to approach this issue in work organizations, nor a single way to promote prevention, given the fact that the practical experiences of the physicians expand the approach of health services.

Keywords: mental health, health program, suicide, prevention of mental disorders at work

1. Introduction

According to the World Health Organization [WHO] (2014), there were more than 800,000 cases of suicide on the planet in 2012. However, the WHO believes that this figure is underestimated about 20 times due to the lack of notifications and data from countries in the Middle East and Africa. Thus, it is estimated that there is one death by suicide every 40 seconds and one attempted self-harm every two seconds in the world, with consequences that are not restricted only to the victim, but that cause severe emotional, social and economic repercussions in at least six people close to the deceased (WHO, 2014; Junior, 2015).

With the increase of 60% in suicide cases in the last 50 years, the average number of suicides was 10.5 deaths per 100,000 inhabitants worldwide in 2016 (WHO, 2020). In Brazil, the average suicide rate was 5.2 per 100 thousand inhabitants every year between 2010 and 2014 (Dantas et al., 2018).

The French sociologist, philosopher, psychologist Émile Durkheim, in the 19th century, has conceptualized suicide as “all cases of death resulting directly or indirectly from a positive or negative act of the victim himself, which he knows will produce this result”, bringing this concept as a social phenomenon provided by a modern pathological society (Durkheim, 1982/2014).

The American psychologist Edwin Shneidman, in the 21st century, brought the conception that suicide was a product of the confluence of the limits of: psychological pain, cognitive perturbation and the pressure from life events, which can be strong indications in the search for suicidal behavior at the collective workplace (Shneidman, 1969).

Christophe Dejours, who is another scholar on this subject, mentions that the transformation of management processes, with the individual assessment of worker productivity, the requirement for total quality and the outsourcing of labor has generated drastic consequences for mental health's workers, opening a field to moral harassment, lack of solidarity and worker despair, which may lead to suicide (Dejours & Bègue, 2010).

WHO studies show a deficiency in case-control, care, and prevention actions by mental health policies. Moreover, there is no adequate relationship between supply and demand for mental disorders treatment (WHO, 2012). In 2018, only 28 of the 194 WHO member states reported maintaining any measure of suicide prevention at a national level (WHO, 2018).

Suicide in the workplace is a complex and multifactorial theme, however it is a predictable cause of death, liable to intervention. The indicators of suicidal behavior are always present and must be identified early. The actions in suicide prevention must be linked to combating the vulnerability of the work organization, and adapted to the place where these actions will be carried out (Benatov et al., 2020; Platt & Niederkrotenthaler, 2020; Yip et al., 2010).

This study aims to understand the perceptions and experiences of occupational medicine specialists about suicide prevention in the workplace and describe what work organizations are doing to prevent suicide.

2. Method

This is an exploratory, cross-sectional, descriptive, quantitative study and is part of a wider research on suicide prevention at work.

An online survey was conducted using the SurveyMonkey® platform, consisting of both objective and open-ended questions. Thirty-two specialists, who were selected considering their fields of work and experiences with the topic, were sent a link to the survey. The sample was composed of working physicians who are from various regions of Brazil and have expertise in mental health and suicide prevention.

The questionnaire was designed to be an objective instrument, composed by similar items that can be related to each other. Therefore, it contributes to the formation of a reliable result, bringing internal consistency to the specialists' answers.

The sample was composed of non-probability technique, snowball sampling. The initial respondents were the manager doctors who are part of the author's contacts. They were selected due to the degree of the specialization required from the respondents. It has known that a saturation of information from a certain number of respondents is a possible outcome (Small, 2009). Ben Baumberg, from the University of Kent at Canterbury, describes that after about 25 interviews, he found the same phenomena repeatedly (Baker & Edwards, 2012). Others authors refer that, in these conditions, sometimes it is difficult to consider more than ten participants (Flick, 2008).

The answers provided by the specialists were transposed and descriptively analyzed using the Microsoft Office Excel® software and SurveyMonkey® tabulations. The random variables were analyzed using the SPSS software. The Shapiro-Wilk test showed a non-parametric pattern with $p < 0.01$. For the comparative variables, the Cochran Q test and the Wilcoxon test were used.

The inclusion criteria were: (1) being an occupational physician, (2) having knowledge about mental health or suicide prevention programs, and (3) being voluntary and agreeing to sign the free consent form.

The exclusion criteria were the occupational physicians who declared having no experience or contact with mental health programs at work.

This study is part of a wider research on suicide prevention, which was planned and approved by the ethics committee under the CAAE number: 13106719.2.0000.0102.

3. Results

Thirty-two physicians who complied with the inclusion criteria were asked to participate, of which 24 (75%) answered the questionnaire.

Most doctors are internally hired ($n = 15$, 62.5%), from large ($n = 17$, 70.8%), multinational companies ($n = 13$, 54.2%), with a degree of risk three ($n = 16$, 66.7%) (Table 1).

Table 1. Participants' workplace characteristics

Work characteristics	n	%
Main activity of the Physician		
Occupational physicians hired directly by the company	15	62.5
External occupational physicians, occupational medicine service provider	4	16.7
Public service occupational physicians	2	8.3
Physicians working in clinics hospitals	2	8.3
Professor	1	4.2
Company size		
Microenterprise	0	0.0
Small	1	4.2
Medium	2	8.3
Big	17	70.8
Do not work in companies	4	16.7
Company nationality		
Brazilian	8	33.3
Swedish	2	8.3
North American	4	16.7
Spanish	1	4.2
Australian	1	4.2
German	2	8.3
Japanese	1	4.2
English	1	4.2
European Union	1	4.2
Do not work in companies	3	12.5
Degree of risk of the company		
Grade 1	1	4.2
Grade 2	2	8.3
Grade 3	16	66.7
Grade 4	1	4.2
Does not apply	4	16.7

Source: The author, 2021.

Of the physicians surveyed, twelve (50%) reported that there is currently a mental health or suicide prevention program in the companies they work for or provide some type of occupational medicine service to. Thirteen (54.2%) said that the work organizations they were part of took some specific suicide prevention actions in the past three years. According to the Wilcoxon test ($Z = -1.265$; $p = 0.206$), there is no significant difference between the two variables.

When asked about factors and actions that can help understand and control the risk of suicide among workers, the following indicators were mentioned by the specialists: (a) absenteeism control by ICD (International Classification of Diseases) ($n = 21$, 87.5%); (b) to control the reasons for illness due to social security leaves ($n = 23$, 95.8%); (c) to have an official means of communication within the company that can be used by any employee to report moral, sexual or any other type of harassment or violence at work ($n = 20$, 83.3%); (d) to prepare and train leaders for people management ($n = 23$, 95.8%); (e) training the medical outpatient clinic team to care for patients at risk of suicide ($n = 12$, 50%); (f) to promote a pre-determined flow to assist chemical dependent workers ($n = 16$,

66.7%); and some respondents also reported that they had in their ergonomic assessment of the workplace the presence of cognitive and organizational analysis (in addition to physical ergonomics) ($n = 8$, 33.3%).

The benefits companies offered to improve workers' quality of life and promote the care for their mental health are presented in Table 2. The chi-square test showed that the offer of the following benefits by companies is statistically lower ($p < 0.001$) in comparison with other benefits provided by the companies described in Table 2: (1) presence of a social worker, (2) an internal psychologist, (3) offering voluntary services, and (4) having an adequate method for "feedback".

Table 2. Benefits of companies that influence workers' quality of life

Benefits	Yes	%
Clinical Nutritionist for individual employee care	11	45.8
Agreements with gyms or other sports facilities, provided by the company	15	62.5
Incentive for employee instruction	14	58.3
Health insurance plan	21	87.5
Dental insurance plan	18	75
Collective transportation provided by the company	13	54.2
Restaurant in the company	16	66.7
Internal clinical psychologist in the company	8	33.3
The health insurance plan provides a psychologist	16	66.7
There is a social worker as support in the clinic	8	33.3
The worker has the freedom to take breaks when necessary	13	54.2
There is a "feedback" methodology for workers	9	37.5
There is a place for the workers to rest	11	45.8
Voluntary service offer	9	37.5

Source: The author, 2021.

According to the evaluation of specialist physicians, using a scale from 0 to 10, suicide prevention actions or programs in work organizations are of great importance (median of 9 points). However, the doctors with a similar grade evaluation, bordering a median of 6 points, declared difficulties in prioritizing these actions in their routines inside their work organizations. This is probably due to the theme's complexity and subjectivity, the time it takes, and the work organizations' concerns in addressing this issue.

Most physicians ($n = 18$, 81.8%) had the experience of assisting or having knowledge, in their respective companies, of 30 cases of suicide or attempted suicide by direct employees (Table 3).

Table 3. Doctors' knowledge reports about cases of suicide attempt (SA) or suicide

Assisted or knew of any case of suicide or SA in the company	Yes	%
The employee committed suicide and it occurred inside the company	2	8.3
The employee committed suicide, but it occurred outside the company	9	37.5
The employee attempted suicide and it occurred inside the company	4	16.7
The employee attempted suicide, but it occurred outside the company	15	62.5
A family member of an employee committed suicide	6	25.0
A family member of an employee attempted suicide	3	12.5
I do not know of a suicide case or suicide attempt	3	12.5

Source: The author, 2021

Some companies have security measures that ultimately obstruct access to situations that may cause insult, injury, or death in the work environment. These could become protective actions in the prevention of suicide (Table 4).

Table 4. Protective actions of companies restricting access to means of suicide or self-harm in their facilities

Protective actions of companies	Yes	%
Protection in the access to high open spaces	6	25.0
Prohibition of sharp knives in common areas	4	16.7
Application of window restrictors	0	0.0
Control of hazardous substances	10	41.7
Formal rules against carrying weapons inside the company	12	50.0
I do not know any action in this regard	9	37.5

Source: The author, 2021.

Finally, through an open-ended question, the specialists were asked what variables of influence can help to understand, prevent or reduce the risk of suicide among workers. In addition, they were questioned about possible suggestions for action. There were 42 recommendations. The answers were grouped into four main dimensions.

The first dimension brought 10 suggestions from specialists on ways to act in the prevention of suicide in their respective companies (Chart 1).

Chart 1. Description of the training dimension, which includes training, guidance, clarification of workers

Dimensions	Categorical subdivisions	Quantity	Specialists' opinions
1 Training (training, guidance, clarifications)	Training of health care staff to provide adequate shelter to workers at risk of suicide	1	"to recognize some signs that identify a potential suicide"
			"leaders' awareness"
			"leaders closer to the people and especially to the operational sector"
	Training leaders on issues related to suicide	5	"management training"
			"training leaders to perceive behavior changes"
			"training leaders about harassment"
			"to talk about the topic"
			"employee training"
	Orientative communication actions for employees on the theme	4	"lectures with a mental health professional"
			"lectures and videos on suicide and other mental disorders"

Source: The author, 2021.

The second dimension was the one that received the highest number of intervention recommendations: 21 (50%) of the 42 suggested. This dimension refers to the "care and conduct of the medical team" and are composed of the categories: identification and control of mental disorders, fighting substance dependence, and flow of multidisciplinary care to support patients at risk of suicide (Chart 2).

Chart 2. Description of the dimension of care and conduct of the medical team, which includes control of mental illnesses, chemical dependency and workflow of care

Dimensions	Categorical subdivisions	Quantity	Specialists' opinions
2 Care and conduct of the medical team	Identification and control of mental disorders	10	"knowledge and control of employees' mental disorders"
			"to take care of the mental health of all workers as a way to prevent or diagnose diseases early"
			"to apply questionnaires on behavior, lifestyle and specific mental health"
			"Occupational Medical Examination with questionnaires on the subject"
			"anxiety control program"
			"early diagnosis of mental disorders"
			"early diagnosis and follow-up on mental disorders"
			"guidance and early identification of mental disorder"
			"Mental Health program, with emphasis on suicide prevention"
			"General Program of Mental Health at Work, or a Suicide Risk Program"
	Fighting substance dependence	3	"treatment of drug addicts"
			"program to combat drugs"
			"fighting alcohol and drug addictions"
	Flow of multidisciplinary care to support patients at risk of suicide	8	"facilitating the access to the psychology professional"
			"remote psychological support"
			"offer of psychological and psychiatric services"
			"designate the confirmed cases to professionals specialized in each type of treatment (assertive treatment)"
			"... create effective therapies with continuous and targeted monitoring"
			"screening and referral"
			"systems of psychosocial and health support to workers"
			"psychological support"

Source: The author, 2021.

The third and fourth dimensions were the ones that received the lowest number of recommendations from specialists, with three and eight suggestions, respectively. The descriptions of these dimensions are represented in Chart 3.

Chart 3. Description of dimensions three and four, which include freedom of expression for the worker and the promotion of coping mechanisms

Dimensions	Categorical subdivisions	Quantity	Specialists' opinions
3	Freedom of speech	3	"to offer channels of communication and support"
			"... to expose your personal or professional problems in a confidential and safe way..."
			"a safe space for the employees to express their anxieties"
4	Promotion of workers' coping mechanisms	8	"self-awareness and management of emotions"
			"mapping of risk factors for the development of psychosocial pathologies"
			"Cingulo APP"
			"to stimulate the development of employees' coping mechanisms"
			"stimulus from the company to the workers' coping mechanisms"
			"openness for constructive interpersonal contacts"
			"HR programs for personal motivation and construction"
			"work on prevention through self-care guidelines"

Source: The author, 2021.

The dimensions bring the frequency of the specialists' recommendations of actions and reflect the importance of these actions in their respective work organizations. It represents a direct intervention in the health area, approaching the control, management and treatment of diseases.

4. Discussion

Many actions and perceptions brought by the specialists are part of the WHO recommendations (Botega, 2015). This approximation validates and enriches the results presented in this study because they showed, in more detail, the practical way of acting with these guidelines in the field of work.

The indicators most mentioned by specialists as prevalent in the development of actions to control the risk of suicide were: (1) controlling the reasons for social security leaves; (2) training leaders on people management - 23 of the 24 surveyed, that is, 95.8% cited these items; (3) 20 (83.3%) reported the need to have an official means of communication within the company to report workplace violence. According to the physicians, these were the most important means of identifying suicide risk in the companies.

The control of social security leaves is important in Brazil. These are longer work leaves - when the disability lasts longer than 15 days - that cause significant impacts on both the patient and the work organization. In this scenario, by listing the number of absences due to the disease through the ICD (International Classification of Diseases), especially concerning mental disorders and substance dependence (Group F), one can have the panorama of the mental health of both the individual and the company as a whole. This measure enables the professionals to outline control and follow-up strategies so that disastrous consequences - such as suicide - do not occur.

According to several studies, mental disorders, substance dependence, and history of attempts against one's own life in the past add up as the main risk factors for suicide (Bennett, Coggan, & Addams, 2003; Bertolote & Fleischmann, 2004; Costa et al., 2014; Holmes & Holmes, 2014; Shah, Bhandarkar, & Bhatia, 2010; Silveira, Fidalgo, Di Pietro, Santos, & Oliveira, 2014; Dougnik et al., 2020), making the early identification of this group one of the main actions in the fight against suicide (WHO, 2014).

Tied to the previous point in the perceptions of the specialists, the training of leadership for people management, especially with regard to instruction in the identification of colleagues suffering and in combating bullying, provides the reception and early referral to professionals of competence, reducing the risk of mental disorder and suicide (Suicide Prevention Resource Center, 2013).

The internal communication channel for denouncing violence at work has its strong point in that it allows us to understand the phenomena both quantitatively (by the number of reports per department or locality) and qualitatively (investigating the content of the reports of possible cases of harassment that workers may be suffering). According to Christophe Dejours (2009), harassment at work is an old theme that sometimes results from increased work demands. However, today it occurs because of the lack of solidarity in the work environment (Dejours, 2009; Freitas, 2011; Terpstra et al., 2018; Milner, Page, Witt, & Lamontagne, 2016; Knox et al., 2010; Goldman & Schmalz, 2003; Carreiro, 2007; Soboll & Glima, 2012).

Although the notes of indicators and variables of influence in relation to the mental health and risk of suicide of the workers mentioned by the specialists are not forms of prevention per se, they represent the visible part of a larger problem. In turn, this problem needs to be understood and treated strategically within work organizations so they do not perpetuate ethical deviations or neglect diseases and their consequences (Dejours, 2018).

As previously described, the 42 suggestions of the specialists raised through the survey with a descriptive questioning about the influencing variables that can help to understand, reduce or prevent suicides among workers were grouped into 8 categories that belong to 4 major dimensions of performance. The prevailing ones were: (1) control of mental disorders, with 10 citations (23.8%) and 8 (19%) recommendations each; (2) pre-established flow of multidisciplinary care to support patients in need (3) promotion of workers' coping mechanisms, among others that can be seen in Chart 1.

The control of mental disorders appeared again in the specialists' descriptive responses. This result aligns with the literature since psychiatric disorders increase suicide and suicide attempt cases more than 10 times compared to the general population. According to statistics, between 60% and 98% of suicides are committed by psychiatric patients (Bertolote & Fleischmann, 2002; Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Wasserman, 2004; Chang, Gitlin, & Patel, 2011; Ferrari et al., 2014; Röcker & Bachmann, 2015). This data portrays the relevance of addressing this dimension in mental health and suicide prevention programs.

The benefits provided by the work organizations most cited by the interviewed physicians were the presence of a health insurance plan ($n = 21$, 87.5%), a dental insurance plan ($n = 18$, 75%), internal restaurant ($n = 16$, 66.7%), and the possibility of consulting with an external psychologist, among others cited in table 2.

These corporate benefits ultimately improve the worker's quality of life and strengthen their means of coping with adversity, mitigating the psychosocial risk factors of the workers and their families (Wang, Chou, Yeh, Chen, & Tzeng, 2013).

On the other hand, nine (37.5%) physicians were unaware of structural safety actions or rules of conduct adopted by companies. The application of window restrictors, restriction of access to elevated spaces and dangerous chemicals, or prohibition of weapons inside companies may hinder actions of violence or self-aggression within work organizations, also becoming protective actions in the prevention of suicide cited in other studies (Houtsma, Butterworth, & Anestis, 2013; Martelli, Awad, & Hardy, 2010).

The WHO (2014) states that suicide is preventable and advises that institutions limit access to firearms and dangerous chemicals - which are the most used methods to execute suicide - as one of the prevention strategies (Platt & Niederkrotenthaler, 2020; WHO, 2014).

According to Botega (2015), one can only evaluate the risk of suicide if this possibility is considered, i.e., when one notices that people close to them may be going through chronic suffering for various reasons, hiding their feelings due to shame or fear of losing their job, and be at risk of suicide (Botega, 2015). The WHO recommends that the prevention of suicide, through known dimensions, be one of the central axes of health care services (WHO, 2014).

5. Conclusion

Suicide is a serious global public health problem, with social, economic, and political consequences. Individualized preventive approaches, such as undergoing psychotherapy, taking medications, and referring workers to specific treatments, are not enough. According to the specialists interviewed, multidisciplinary actions involving the vulnerable people, the risk situations, and the patient's social network are important starting points to encourage managers to intervene and combat self-harm in work organizations.

Finally, as previously described, suicide is a complex multifactorial phenomenon, which involves all dimensions of life and influences people close to it directly and indirectly. Therefore, there is no single way to approach this issue in work organizations, nor a single way to promote prevention. Because it can be preventable, suicide at work is a brutal message to the work community, leaders, colleagues, subordinates, and the company in general, but this

message must be decoded before it happens (Dejours & Bègue, 2010).

This study brings the experiences of occupational physicians with the prevention of self-harm. Even with a small sample, it is able to promote reflections on what medical managers do in their institutions and the degree of importance they bring to their perceptions. Thus, each person, within their reality, the circumstances of their patient, and the company's possibilities, can adapt the content presented here to their daily practice to prevent suicide among workers.

Competing Interests Statement

The authors declare that there are no conflicts of interest in this study and that there were no funding sources for this research.

References

- Baker, S. E., & Edwards, R. (2012). How many qualitative interviews is enough. *Nature Centre Research Methods Review Paper*, p. 37, Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/277858477_How_many_qualitative_interviews_is_enough
- Benatov, J., Klomek, A. B., Shira, B., Apter, A., Carli, V., & Wasserman, C. (2020). Doing Nothing is Sometimes Worse: Comparing Avoidant versus Approach Coping Strategies with Peer Victimization and Their Association to Depression and Suicide Ideation. *Journal of School Violence*, 19(4), 456-469. <https://doi.org/10.1080/15388220.2020.1738941>
- Bennett, S., Coggan, C., & Adams, P. (2003). Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours. *Social Science & Medicine*, 57(2), 289-299. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00347-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00347-7)
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7(2), 6-8. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2330>
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In B. S. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.), *Comportamento suicida* (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25, 147-155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Carreiro, L. M. (2007). Morte por excesso de trabalho (Karoshi). *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, Belo Horizonte, MG*, 46(76), 131-141.
- Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice*, 13, 23-24.
- Costa, L. D. S., Alencar, A. P., Neto, P. J. N., Santos, M. D. S. V. D., da Silva, C. G. L., Pinheiro, S. D. F. L., ... & Neto, M. L. R. (2014). Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 170C, 237-254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.003>
- Dantas, A. P., Azevedo, U. M., Nunes, A. D., Amador, A. E., Marques, M. V., & Barbosa, I. R. (2018). Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 12-18. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2241>
- Dejours, C. (2009). *A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (5th ed.). Ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992 e 17.
- Dejours, C. (2018). Reflexões do psicanalista francês Christophe Dejours sobre o assédio moral no trabalho. *Jornal do Estado do Paraná*, Retrieved from http://estadodereito.com.br/reflexoes_do_psicanalista_frances_christophe_dejours_sobre_assedio_moral/
- Dejours, C., & Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Sobradinho (DF): Paralelo 15.
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., ... & Marcus, S. C. (2020). Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1021-1030.
- Durkheim, E. (1982/2014). *O Suicídio - Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., ... & Vos, T. (2014). The

- burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 9, e91936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091936>
- Flick, U. (2008). *Designing Qualitative Research Book 1 of The SAGE Qualitative Research Kit*. London/Thousand Oaks, CA: Dehli: Sage.
- Freitas, M. E. D. (2011). Suicídio, um problema organizacional. *GV Executivo*, 10(1), 54-57.
- Goldman, K. D., & Schmalz, K. J. (2013). "I gave at the office," but did I give enough? Handling traumatic events. *Health Promotion Practice*, 4(1), 5-7.
- Holmes, C. R. M., & Holmes, S. T. (2014). Drugs, Alcohol and Suicide. In: *Suicide: Theory, Practice, and Investigation Depression* (pp. 127-139). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Houtsma, C., Butterworth, S. E., & Anestis, M. D. (2018). Firearm suicide: pathways to risk and methods of prevention. *Current Opinion in Psychology*, 22, 7-11.
- Junior, A. F. (2015). O comportamento suicida no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(01), Salvador, Bahia.
- Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., ... & Caine, E. D. (2010). The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2457-2463. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159871>
- Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). In-patients suicide: Epidemiology and prevention. *Encephale*, 36(2), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.06.011>
- Milner, A., Page, K., Witt, K., & Lamontagne, A. (2016). Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence from a Cross-Sectional Survey of Working Australians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 584-587. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000700>
- Platt, S., & Niederkrotenthaler, T. (2020). Suicide prevention programs: Evidence base and best practice. *Crisis*, 41(1), 99-124. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000671>
- Röcker, S., & Bachmann, S. (2015). Suicidality in mental illness—Prevention and therapy. *Therapeutische Umschau*, 72, 611-617. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000727>
- Shah, A., Bhandarkar, R., & Bhatia, G. (2010). The relationship between general population suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 448-453. <https://doi.org/10.1177/0020764009342384>
- Shneidman, E. S. (1969). Suicide, lethality, and the psychological autopsy. *International Psychiatry Clinics*, 6(2), 225-250. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/5810563>
- Silveira, D. X. D. A., Fidalgo, T. M., Di Pietro, M., Santos Jr, J. G., & Oliveira, L. Q. (2014). Is Drug Use Related to the Choice of Potentially More Harmful Methods in Suicide Attempts? *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8, 41-43. <https://doi.org/10.4137/SART.S13851>
- Small, M. L. (2009). How many cases do I need? On science and the logic of case selection in field-based research. *Ethnography*, 10(10), 5-38.
- Soboll, L. A. P., & Glina, D. N. R. (2012). Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), 269-283.
- Suicide Prevention Resource Center. (2013). *The Role of Co-Workers in Preventing Suicide in the Workplace*. February, Retrieved from https://www.iasp.info/pdf/special_interest_groups/workplace/coworkers_suicide_prevention.pdf
- Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M., & Gilissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper raining in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5512-8>
- Wang, S. M., Chou, Y. C., Yeh, M. Y., Chen, C. H., & Tzeng, W. C. (2013). Factors associated with quality of life after attempted suicide: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16). <https://doi.org/10.1111/jocn.12148>
- World Health Organization (WHO). (2012). *Plan of Action about Mental Health 2013-2020* (p. 50). Geneva: World Health Organization. Retrieved from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

WHO. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>

WHO. (2018). *Suicide prevention*. Geneva: World Health Organization. Retrieved, November 04, 2019 from https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1

WHO. (2020). *The Global Health Observatory. Mental Health*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health>

Yip, P. S. F., Law, C. K., Fu, K. W., Law, Y. W., Wong, P. W., & Xu, Y. (2010). Restricting the means of suicide by charcoal burning. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 241-242. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065185>

Copyrights

Copyright for this article is retained by the author(s), with first publication rights granted to the journal.

This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).